

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER

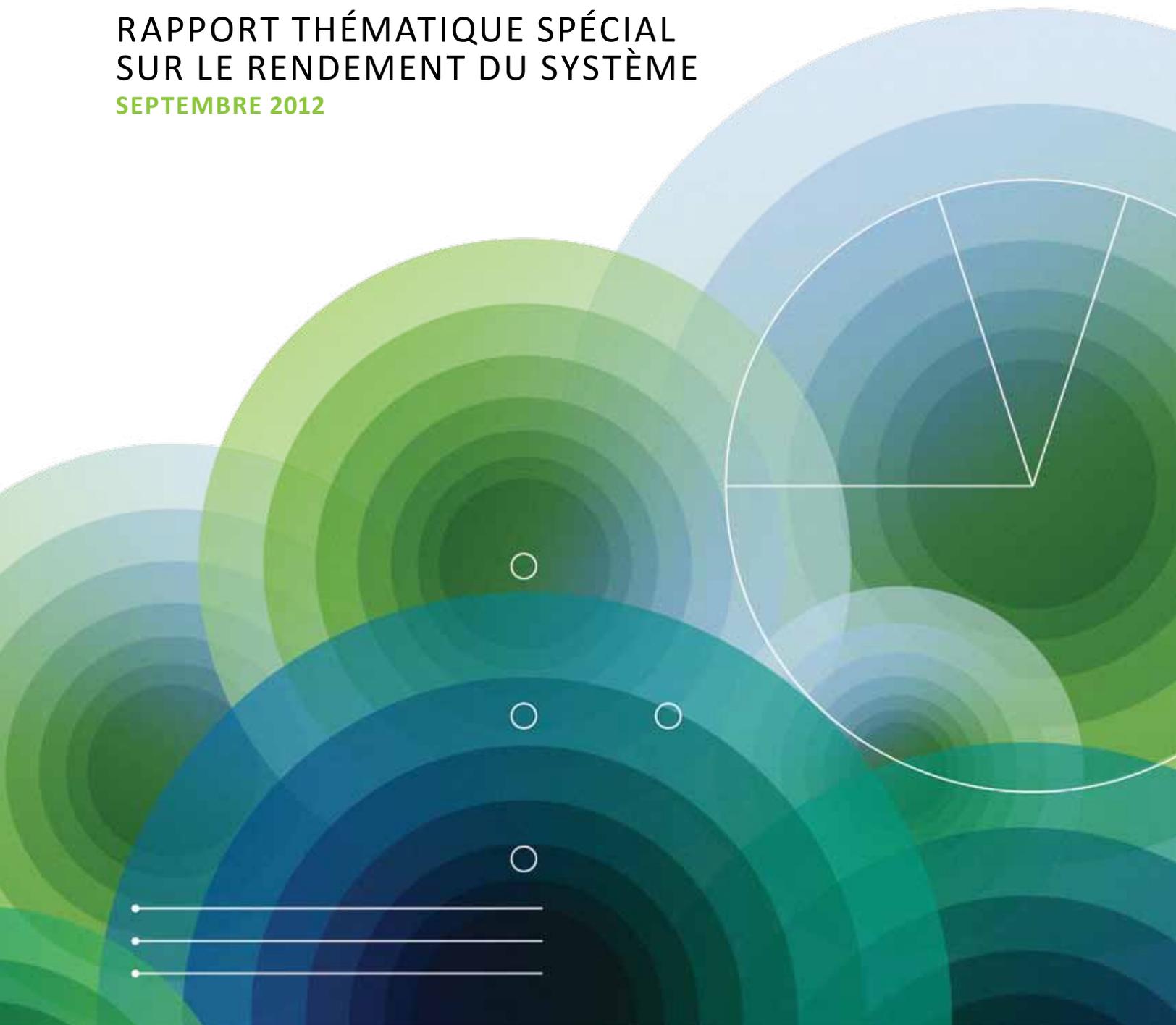


RAPPORTS SUR
LE RENDEMENT
DU SYSTÈME

Lutte contre le cancer du sein au Canada

RAPPORT THÉMATIQUE SPÉCIAL
SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

SEPTEMBRE 2012



Lutte contre le cancer du sein au Canada

RAPPORT THÉMATIQUE SPÉCIAL SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

SEPTEMBRE 2012

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, pourvu que l'utilisation prévue soit à des fins non commerciales et qu'une citation fasse référence au Partenariat canadien contre le cancer.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer (2012). Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

Partenariat canadien contre le cancer

1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tél : 416.915.9222

Sans frais d'appel : 1.877.360.1665

www.partnershipagainstcancer.ca/fr/

Also available in English under the title:
Breast Cancer Control in Canada:
A System Performance Special Focus Report

La production de ce rapport a été rendue possible grâce au dévouement des membres du Comité directeur sur le rendement du système et du Groupe de travail technique sur le rendement du système (voir [annexe I](#) pour la liste de membres) à l'échelle nationale et aux efforts considérables de collecte de données déployés par le personnel des dix organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Le Partenariat désire également remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé, qui lui a accordé l'accès à des données, qui en a validé d'autres et qui a fourni des estimations de l'incidence, de la mortalité et de la survie; l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, qui a fourni des données sur les programmes de dépistage; et l'Institut canadien d'information sur la santé qui a fourni des données et des analyses sur le recours à la mastectomie et à la chirurgie conservatrice du sein au Canada.

Ce rapport a été rédigé par l'équipe du rendement du système et de la surveillance du Partenariat canadien contre le cancer. Voici les membres de cette équipe : Heather Bryant, vice-présidente, Programmes sur le cancer, Services cliniques et Santé de la population; Rami Rahal, directeur; Julie Klein-Geltink, gestionnaire de programmes; Carolyn Sandoval et Tonia Forte, chargées de recherche; Sandy Chan, stagiaire d'été; Gina Lockwood, chef des analystes et biostatisticienne principale; et les analystes Sharon Fung, Dan He, Jin Niu, et Julie Xu.

Le présent rapport a été supervisé par un comité de rédaction qui a fourni une orientation sur le contenu et sur l'interprétation clinique des constatations.

Comité de rédaction du document *Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système*

Kelly Dabbs

Professeure clinicienne, Division de la chirurgie générale, Université de l'Alberta

Elizabeth Eisenhauer

Chef, Département d'oncologie, Université Queen's

Christine Friedenreich

Chercheuse scientifique principale/épidémiologiste; chercheuse principale en santé de l'AI-HS; professeure auxiliaire et titulaire de la chaire de recherche sur le cancer du sein – Week-end pour vaincre les cancers féminins de l'ACF, facultés de médecine et de kinésiologie, Université de Calgary

Eva Grunfeld

Professeure Giblon, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto; clinicienne-chercheuse, Institut ontarien de recherche sur le cancer

Verna Mai

Expert Principale, Dépistage, Partenariat canadien contre le cancer; professeure agrégée, Département des sciences de la santé publique, Université de Toronto

Steven Narod

Scientifique principal et directeur, Familial Breast Cancer Research Unit, Women's College Research Institute; professeur, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto; chaire de recherche du Canada sur l'étude du cancer du sein, niveau 1

Geoff Porter

Chaire de recherche Gibran et Jamile Ramia en oncologie chirurgicale, Université Dalhousie

Kathy Pritchard

Professeure, Médecine et Sciences de la santé publique, Université de Toronto; professeure, Département d'oncologie – Division d'oncologie médicale et codirectrice de l'Ontario Clinical Oncology Group, Université McMaster; chef, Essais cliniques et épidémiologie, Odette Cancer Centre

Sandip SenGupta

Professeur et chef adjoint, Département de pathologie et de médecine moléculaire, Université Queen's

Scott Tyldesley

Radio-oncologue, BC Cancer Agency, clinique de Vancouver; professeur clinicien agrégé, Université de la Colombie-Britannique; boursier de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé

Nancy Wadden

Présidente du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes; directrice médicale, Programme de dépistage du cancer du sein de Terre-Neuve-et-Labrador

Martin Yaffe

Scientifique principal, sciences physiques, Odette Cancer Research Program, Sunnybrook Research Institute; professeur, départements de radiologie et de biophysique médicale, Université de Toronto; directeur, Smarter Imaging Program, Institut ontarien de recherche sur le cancer

À propos du Partenariat et de la mesure du rendement du système

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) est une organisation indépendante financée par le gouvernement fédéral, chargée d'accélérer la lutte contre le cancer au bénéfice de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes. Le Partenariat regroupe des experts en oncologie, des représentants des gouvernements, la Société canadienne du cancer ainsi que des patients atteints de cancer, des survivants et des membres de leurs familles afin de mettre en œuvre la première stratégie pancanadienne de lutte contre le cancer. Il veut être l'élément moteur d'une approche ciblée visant à favoriser la prévention du cancer, à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer, à réduire les risques de mourir du cancer et à accroître l'efficacité de la lutte contre cette maladie au Canada.

À l'appui de cette vision, l'un des principaux mandats du Partenariat est de mesurer la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du pays et d'en faire état. Le Partenariat a déterminé que l'analyse du rendement du système et la production de rapports correspondants constituent l'un de ses rôles principaux dans le cadre de son nouveau mandat de cinq ans (2012 à 2017). Pour ce faire, le

Partenariat a élaboré un plan multidimensionnel qui a pour objet d'approfondir davantage la compréhension du rendement du système de lutte contre le cancer au Canada et ultimement, de stimuler les efforts visant à accroître l'efficacité et l'efficience du système de lutte contre le cancer.

Au sujet de ce rapport	2	Expérience et survie des patientes atteintes d'un cancer du sein et soins terminaux qui leur sont offerts	61
Fardeau du cancer du sein et résultats	5	Dépistage de la détresse	63
Incidence normalisée selon l'âge	7	Lieu du décès	66
Mortalité normalisée selon l'âge	8	Conclusion	70
Survie relative	10	Prévention du cancer du sein	71
Sous-types de cancer du sein	12	Excès de poids et obésité	74
Conclusion	14	Activité physique	77
Dépistage du cancer du sein	15	Consommation d'alcool	80
Participation aux programmes de dépistage	17	Chimio-prévention (discussion seulement)	84
Taux de dépistage du cancer du sein (mammographie) – d'après l'ESCC et les programmes	19	Conclusion	86
Conclusion	26	Recherche sur le cancer du sein	87
Établissement du diagnostic du cancer du sein	27	Investissements dans la recherche	89
Temps d'attente entre un résultat de mammographie anormal et la résolution	30	Inscription à des essais cliniques	90
Saisie des données sur le stade du cancer	34	Conclusion	93
Répartition des stades	36	Conclusions	94
Dosage des récepteurs ER/PR et HER2	38	Annexes	
Conclusion	42	Annexe I : Membres du Comité directeur sur le rendement du système et Groupe de travail technique	98
Traitement du cancer du sein	43	Annexe II : Caractéristiques des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein	100
Mastectomie et chirurgie conservatrice du sein	46	Annexe III : Répartition selon le stade (%), sauf les stades non disponibles, par province et par année de diagnostic	102
Temps d'attente en radiothérapie entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début d'un traitement	51	Annexe IV : Description des méthodes de collecte des données sur les stades	103
Utilisation de la radiothérapie	53	Annexe V : Priorités de recherche cernées par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein	104
Radiothérapie adjuvante chez les personnes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II	55	Glossaire	106
Utilisation de la chimiothérapie	58	Bibliographie	111
Conclusion	60		

Au sujet de ce rapport

Les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le cancer du sein, y compris les améliorations en matière de dépistage, de détection précoce, de diagnostic et de traitement, ont entraîné une baisse du taux de mortalité chez les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. En dépit des réussites importantes à ces égards, le cancer du sein demeure le cancer le plus couramment diagnostiqué et la deuxième cause de décès par cancer chez les Canadiennes. Le cancer du sein représente un fardeau substantiel pour les femmes sur le plan individuel et a de grandes répercussions sur la prestation des soins de santé au Canada.

Ce rapport présente et analyse un vaste éventail de mesures du rendement du système visant à évaluer la lutte contre le cancer du sein à l'échelle du continuum au Canada. Les rapports antérieurs sur le rendement du système portaient sur le cancer colorectal (en 2010) et le cancer du poumon (en 2011). La décision de produire un rapport sur le rendement du système en lien avec le cancer du sein en 2012 a été influencée par un certain nombre de facteurs, dont les suivants : le lourd fardeau que représente cette maladie pour les femmes canadiennes, la disponibilité de données aux fins de mesure (p. ex., la stadification à l'échelle de la population, les temps d'attente liés au diagnostic et au traitement, les taux d'intervention chirurgicale, etc.), et la gamme vaste et étendue de modalités liées à la lutte contre la maladie (chimio-prévention, dépistage organisé, dépistage génétique, hormonothérapie, etc.). Le rapport comprend des indicateurs de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de recherche, de résultats à long terme, ainsi que l'expérience des patientes

tout au long de leur parcours face au cancer du sein. Parmi les mesures présentées pour la première fois à l'échelle pancanadienne, mentionnons la répartition des stades, les profils de dosage des biomarqueurs, les taux de mastectomie, et le recours à la chimiothérapie.

Le rapport ne vise pas à présenter un examen exhaustif de l'état de la lutte contre le cancer du sein au Canada; son objectif principal est de présenter les résultats des indicateurs dans les cas où des données pancanadiennes sont actuellement disponibles et de signaler les possibilités de mesure futures. Les résultats des indicateurs sont comparés par province et par territoire (lorsque des données sont disponibles) et en fonction d'un certain nombre de groupements démographiques et socioéconomiques pertinents. Les mesures sont conçues pour faire ressortir les lacunes possibles et éclairer les améliorations à apporter à la lutte contre le cancer du sein à l'échelle du pays.

Le principal public cible de ce rapport comprend :

- les autorités provinciales en matière de cancer, qui cernent les possibilités de faire progresser les politiques, la planification, le financement et l'élaboration de normes de qualité et de directives;
- les cliniciens et les groupes professionnels connexes, qui examinent les tendances locales en matière de pratique et le respect des directives fondées sur des données probantes;
- les chercheurs des services de santé, qui cernent les possibilités de recherche; et
- les patientes atteintes du cancer du sein et les personnes ayant survécu à ce cancer ainsi que leurs familles, qui se renseignent et plaident en faveur de soins axés sur le patient et de soutien conformes aux pratiques exemplaires reconnues.

Ce rapport est le fruit d'un effort concerté de plusieurs partenaires.

Depuis un certain temps, la planification, la gestion, et l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes sont la norme pour faire progresser le système de soins de santé du Canada. Même si chaque province et territoire est responsable de la planification et du financement de la prestation des services liés au cancer dans son réseau, la collaboration à l'échelle nationale préconise la mise en commun des pratiques exemplaires, ce qui permet de réaliser des progrès importants au chapitre de la qualité partout au pays.

Les indicateurs cités dans le présent rapport sont le fruit des activités menées en collaboration avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Le travail effectué repose également sur des consultations menées auprès de nombreux experts et chefs de file du savoir dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Les organismes et les programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont présenté des données détaillées sur le dépistage, le diagnostic, le traitement, la recherche, et l'expérience vécue par les patients. Les données ont servi à appuyer le calcul de nombreux indicateurs contenus dans le présent rapport. Des spécifications précises sur les données ainsi que des méthodologies de calcul ont été élaborées et utilisées pour la production des données des organismes provinciaux de lutte contre le cancer afin d'assurer la cohérence et la comparabilité.

À l'échelle nationale, le Partenariat a travaillé en étroite collaboration avec Statistique Canada. Cet organisme est l'administrateur des sondages et le responsable des données pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC); le rapport prend appui sur les données tirées de l'ESCC en ce qui a trait à l'état de santé, à l'utilisation des soins de santé et aux déterminants de la santé pour la population canadienne. Statistique Canada héberge également le Registre canadien du cancer, qui a été utilisé pour générer des paramètres clés concernant les résultats à long terme, tels que l'incidence du cancer, la mortalité et la survie, suivant la soumission de données par les treize registres provinciaux et territoriaux du cancer. Le Partenariat a travaillé en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour élaborer des indicateurs relatifs aux interventions chirurgicales liées au cancer. L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) a fourni des renseignements sur les pratiques de dépistage du cancer du sein des programmes provinciaux organisés offrant des services de mammographie.

Un comité de rédaction composé d'experts nationaux de la lutte contre le cancer a supervisé la production du présent rapport. La liste des membres de ce comité figure dans le contreplat du rapport. L'ensemble des travaux de l'initiative

sur le rendement du système a aussi été guidé par le Comité directeur sur le rendement du système et le Groupe de travail technique sur le rendement du système, qui comprennent tous deux des représentants de chacune des dix provinces. La liste des membres de ces deux groupes figure à l'[annexe I](#).

Structure du rapport.

Le rapport se divise en sept sections (en plus de l'*introduction* et des *conclusions*). La première section expose les indicateurs clés décrivant le *fardeau de la maladie et les résultats à long terme*. Les quatre sections suivantes présentent les indicateurs portant sur les composantes de la lutte contre le cancer du sein qui influent directement sur les patientes, et qui relèvent en grande partie du système officiel de prestation de soins liés au cancer : *dépistage, diagnostic, traitement, et expérience des patients, survie, et*

soins en fin de vie. La sixième section porte sur la *prévention*, qui vise l'ensemble de la population. La dernière section traite de la *recherche* sur le cancer du sein. La section des *conclusions* résume les principales constatations ainsi que les étapes requises pour appuyer l'élaboration d'autres indicateurs et renforcer la capacité d'évaluer les progrès réalisés au sein du système canadien de lutte contre le cancer.

Des graphiques et des tableaux présentent les résultats des indicateurs, et les résultats ainsi que les répercussions des constatations font l'objet de brèves analyses dans le contexte de la documentation scientifique. Des encadrés font ressortir des renseignements supplémentaires. Un glossaire présente la définition des termes clés. Une annexe technique en ligne fournit des renseignements au sujet des sources et des limites des données sur les indicateurs ainsi que d'autres détails sur les calculs des indicateurs.

Fardeau du cancer du sein et résultats

SECTION UN

FIGURE 1.1

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein chez les femmes, Canada – 1992 à 2007
P. 7

FIGURE 1.2

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein (moyenne de trois ans) chez les femmes par province et territoire – 2007 à 2009
P. 8

FIGURE 1.3

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein (moyenne de trois ans) chez les femmes par province et territoire, 2007 à 2009
P. 8

FIGURE 1.4

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein selon le quintile de revenu et le lieu de résidence, Canada – 2007
P. 9

FIGURE 1.5

Survie relative à cinq ans à un cancer du sein chez les femmes selon le groupe d'âge, Canada – 1992 à 1994 et 2005 à 2007
P. 10

TABLEAU 1.1

Survie relative à un cancer du sein selon la situation socioéconomique
P. 11

FIGURE 1.6

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer canalaire et du cancer lobulaire chez les femmes, Canada – 1992 à 2007
P. 12

FIGURE 1.7

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) chez les femmes, Canada – 1992 à 2007
P. 13

CONCLUSION

P. 14



Fardeau du cancer du sein et résultats

Le taux de mortalité du cancer du sein est à la baisse au Canada, mais cette maladie est le type de cancer le plus courant chez les femmes, représentant plus de 25 % des nouveaux cas de cancer et 14 % de tous les décès par cancer.

Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les Canadiennes^a, représentant plus du quart (25,6 %) des nouveaux cas de cancer chez les femmes en 2012¹. L'incidence du cancer du sein^b est demeurée stable au Canada de 1992 à 2007, se situant aux environs de 100 cas par 100 000 femmes (figure 1.1). Les données des États-Unis révèlent une stabilisation des taux d'incidence de 2004 à 2008, à la suite d'une période de déclin (de 1999 à 2004)².

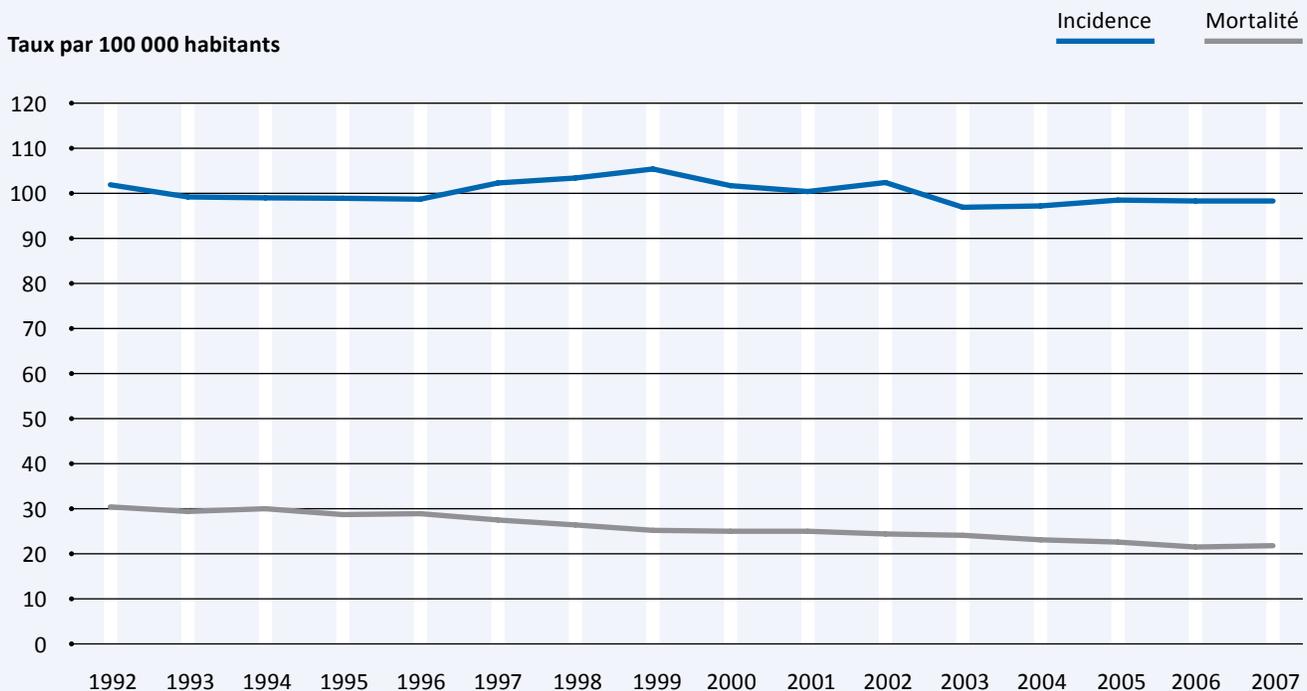


Les taux de mortalité attribuable au cancer du sein sont à la baisse au Canada. En 2007, le taux de mortalité normalisé selon l'âge était de 21,7 décès par 100 000 habitants, ce qui représente une diminution par rapport au taux de 30,4 décès par 100 000 habitants enregistré en 1992 (figure 1.1). Une diminution de la mortalité attribuable au

cancer du sein a aussi été observée aux États-Unis², en Australie et au Royaume-Uni³. On pense que ces tendances observées de la mortalité découlent en grande partie de l'adoption généralisée du dépistage par mammographie⁴ et du recours accru à des traitements adjuvants efficaces⁵.

FIGURE 1.1

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein chez les femmes, Canada – 1992 à 2007



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil – Base de données sur les décès.

Les taux d'incidence et de mortalité du cancer du sein envahissant varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein variait de 64,6 par 100 000 habitants au Nunavut à 100,6 par 100 000 habitants en Ontario (figure 1.2).

Au cours de cette période, le taux de mortalité normalisé selon l'âge du cancer du sein variait de 16,4 décès par 100 000 habitants au Nunavut à 22,8 décès par 100 000 habitants au Manitoba (figure 1.3).

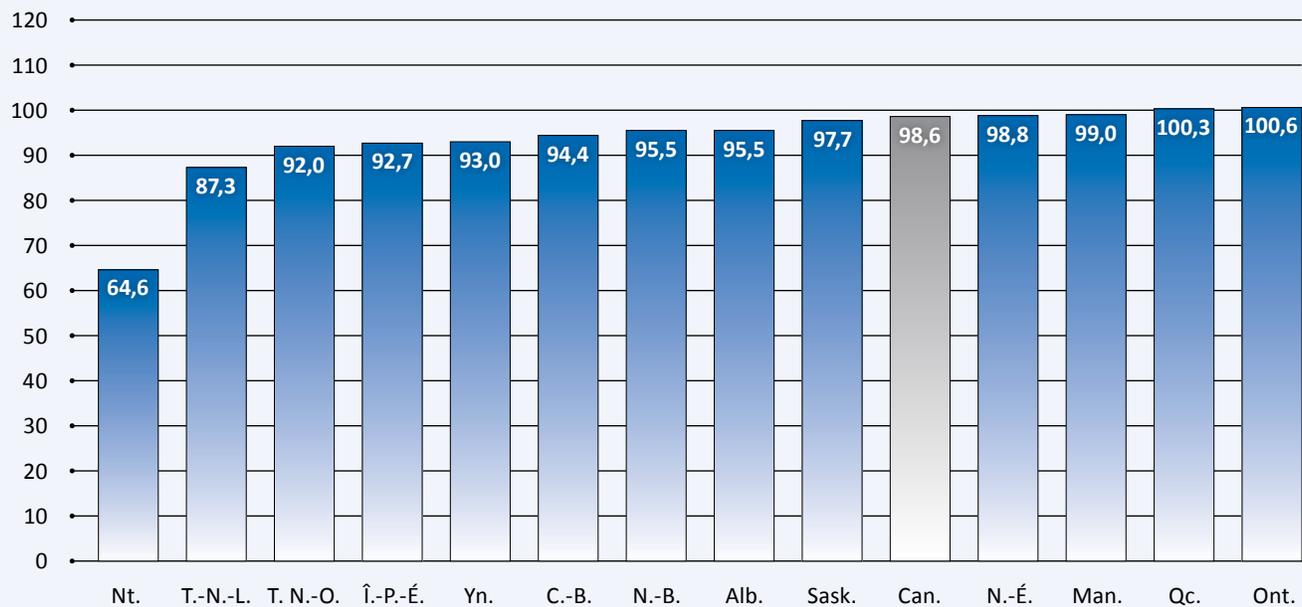
a) Même si le cancer du sein frappe également des hommes, il intervient pour moins de 1 % des cas de cancer du sein au Canada. Le présent rapport porte essentiellement sur les Canadiennes atteintes du cancer du sein.

b) Cette section examine les taux d'incidence et de mortalité uniquement en ce qui a trait au cancer du sein envahissant. Les carcinomes *in situ* sont abordés dans une section distincte.

FIGURE 1.2

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein (moyenne de trois ans) chez les femmes par province et territoire – 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants



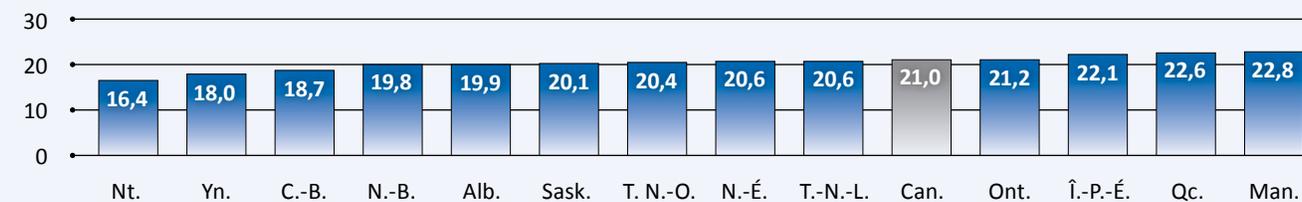
Remarque : Les données du Québec sont celles de 2007. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge concernant les territoires ont été estimés à partir de la moyenne sur cinq ans de 2005 à 2009.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 1.3

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein (moyenne de trois ans) chez les femmes par province et territoire, 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants



Remarque : Les taux de mortalité normalisés selon l'âge concernant les territoires ont été estimés à partir de la moyenne sur cinq ans de 2005 à 2009.

Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil – Base de données sur les décès.

Les taux d'incidence du cancer du sein sont plus élevés chez les femmes vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés et en milieu urbain au Canada, tandis que la mortalité en rapport avec ces facteurs varie peu.

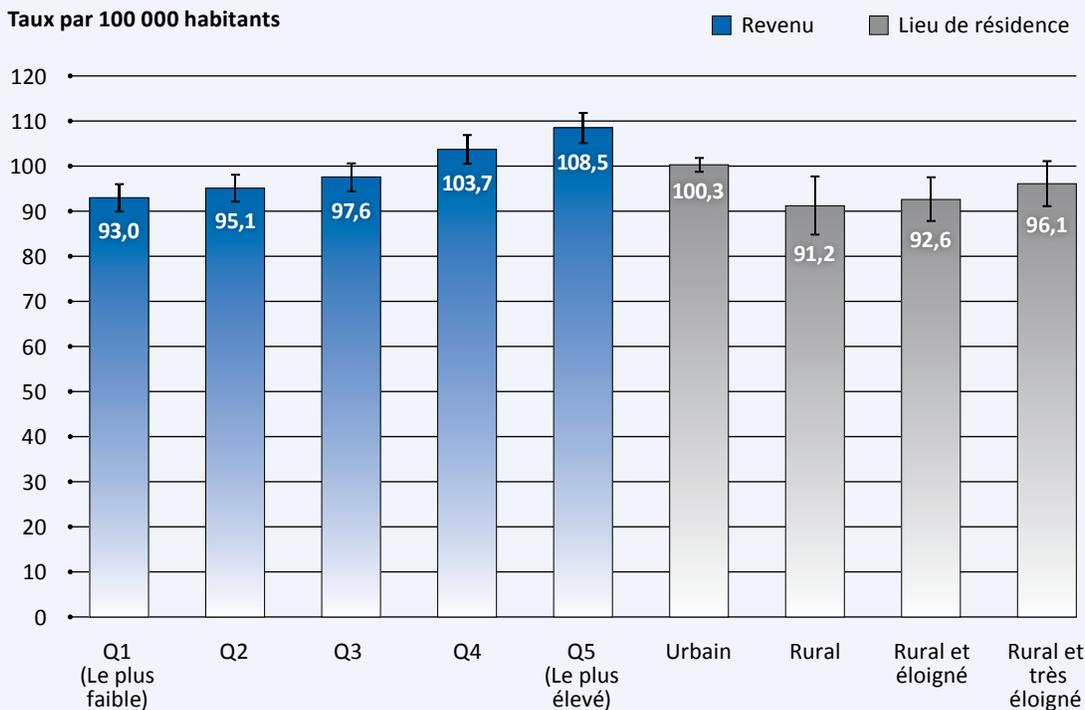
Les femmes vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés en 2007 présentaient des taux d'incidence de cancer du sein beaucoup plus élevés que les femmes vivant dans les quartiers aux revenus les plus faibles. De plus, les femmes vivant en milieu urbain présentaient des taux d'incidence plus élevés que les femmes vivant en milieu rural et éloigné au Canada (figure 1.4). Les taux plus élevés de cancer du sein observés chez les femmes vivant dans les quartiers à

revenus élevés concordent avec les résultats d'une étude canadienne fondée sur des données de 1992 à 2004^{6,7}.

Toutefois, les données canadiennes montrent peu de variations dans la mortalité attribuable au cancer du sein selon le quintile de revenu du quartier et selon la résidence en milieu urbain par rapport à rural (ces données ne sont pas illustrées). Les différences entre les groupes socioéconomiques et les régions géographiques sur les plans de l'adoption du dépistage du cancer ou de la répartition des facteurs de risque peuvent expliquer en partie l'association entre l'incidence du cancer du sein et le revenu du quartier ainsi que le lieu de résidence^{7,8}.

FIGURE 1.4

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein selon le quintile de revenu et le lieu de résidence, Canada – 2007



Les intervalles de confiance de 95 % sont indiqués dans la figure.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Le ratio de survie relative à cinq ans à un cancer du sein a augmenté, passant de 82 % en 1992 – 1994 à 87 % en 2005 – 2007.

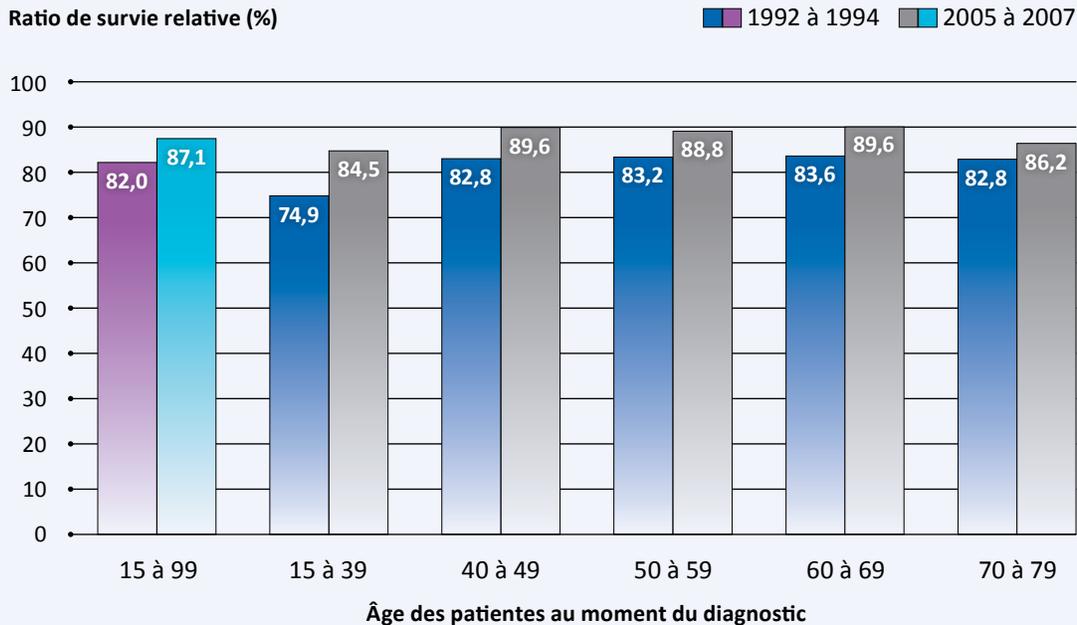
Les statistiques sur la survie relative sont un indicateur important de l'efficacité du système de lutte contre le cancer en matière de détection et de traitement du cancer⁹. Les statistiques sur la survie relatives sont en outre utiles pour les cliniciens, ainsi que pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer qui veulent souvent connaître leurs chances de survie¹⁰. Les ratios de survie relative à cinq ans sont une estimation de la survie prévue et sont exprimés comme la probabilité de survivre cinq ans après un diagnostic de cancer.

En ce qui concerne les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant au cours de la période de 2005 à 2007, le ratio de survie relative à cinq ans était de 87,1 % au Canada.

Le ratio de survie relative à cinq ans à un cancer du sein a augmenté dans tous les groupes d'âge entre 1992 – 1994 et 2005 – 2007, plus particulièrement chez le groupe d'âge le plus jeune examiné (15 à 39 ans) [figure 1.5]. Durant les deux périodes, la survie relative à cinq ans était le plus faible chez les femmes âgées de 15 à 39 ans, ce qui reflète peut-être la nature plus agressive des tumeurs du sein chez les femmes préménopausées.

FIGURE 1.5

Survie relative à cinq ans à un cancer du sein chez les femmes selon le groupe d'âge, Canada – 1992 à 1994 et 2005 à 2007



Durant les deux périodes, la survie relative à cinq ans était le plus faible chez les femmes âgées de 15 à 39 ans, ce qui reflète peut-être la nature plus agressive des tumeurs du sein chez les femmes préménopausées.

La survie à un cancer du sein varie selon le quintile de revenu du quartier, et les femmes vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés affichent un meilleur ratio de survie que les femmes vivant dans les quartiers aux revenus les plus faibles.

Des ratios supérieurs de survie à un cancer du sein ont été observés chez les femmes ayant une situation socioéconomique élevée par opposition à faible^{11, 12}. Il a été démontré que cette association se maintient une fois que l'on a pris en compte certaines caractéristiques des tumeurs et certaines modalités thérapeutiques¹¹ et peut s'expliquer en grande partie par le recours moins fréquent au dépistage chez les femmes à faible revenu, qui fait en sorte que la

maladie se situe à un stade plus avancé au moment de sa détection^{12, 13}. Les données du Canada révèlent une différence de 4,5 points de pourcentage sur le plan de la survie relative à cinq ans à un cancer du sein entre les femmes vivant dans les quartiers se situant dans le quintile de revenu le plus faible et les femmes vivant dans les quartiers se situant dans le quintile de revenu le plus élevé ([tableau 1.1](#)). Par conséquent, tandis que l'incidence du cancer du sein est plus élevée chez les femmes vivant dans les quartiers à revenu élevé que chez les femmes vivant dans les quartiers à faible revenu, la survie relative des femmes atteintes de cancer du sein qui vivent dans les quartiers à revenu supérieur est meilleure que celle des femmes vivant dans les quartiers à faible revenu.

TABLEAU 1.1

Survie relative à un cancer du sein selon la situation socioéconomique^c

Temps écoulé depuis l'établissement du diagnostic	Différence sur le plan de la survie entre le quintile de revenu le plus élevé et le quintile de revenu le plus faible (points de pourcentage)
1 an	1,5
2 ans	2,8
3 ans	3,6
4 ans	4,2
5 ans	4,5

La survie relative des femmes atteintes de cancer du sein qui vivent dans les quartiers à revenu supérieur est meilleure que celle des femmes vivant dans les quartiers à faible revenu.

c) Les données de survie et les tables de survie de base ayant servi à cette analyse étaient disponibles selon la situation socioéconomique.

Coup d'œil sur certains sous-types de cancer

La vaste majorité des cancers du sein envahissants appartiennent à deux types histologiques – les carcinomes canaux et les carcinomes lobulaires – et ces deux sous-types présentent des profils d'incidence et une répartition selon l'âge contrastants.

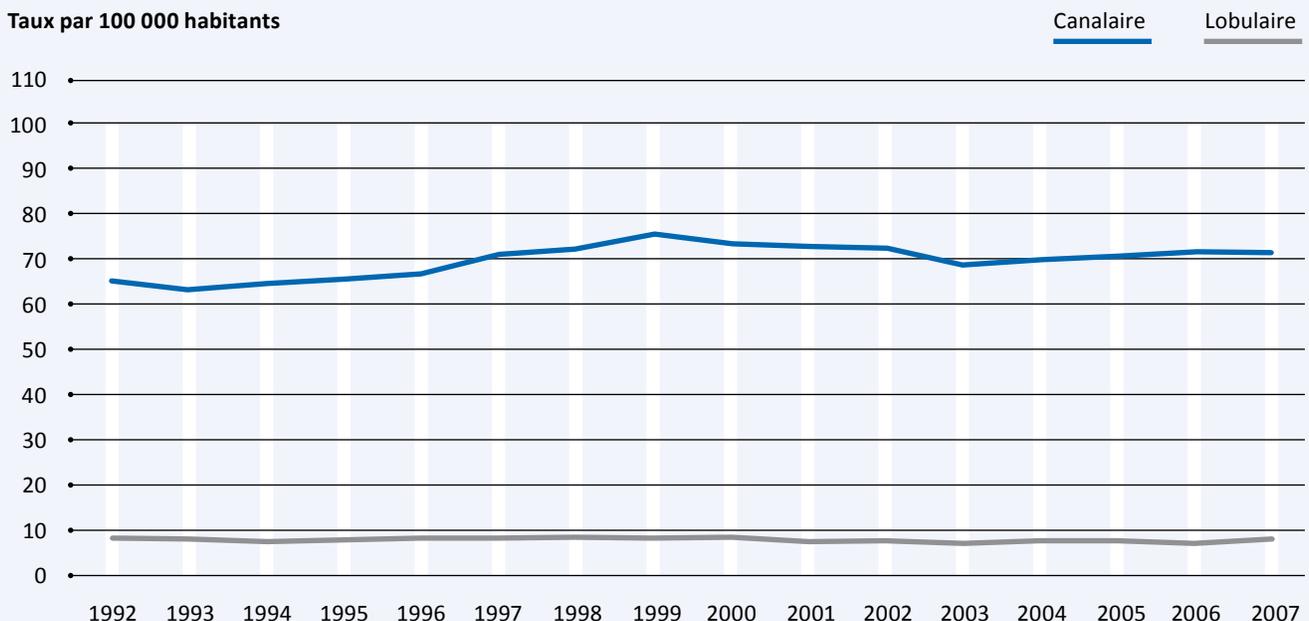
Les carcinomes canaux et lobulaires envahissants sont les deux types histologiques de cancer du sein les plus courants. En 2007 au Canada, le carcinome canalaire représentait approximativement 70 % de tous les nouveaux cas de cancer du sein envahissant et le carcinome lobulaire représentait environ 8 % de tous les cas de cancer du sein envahissant. Ces deux sous-types envahissants diffèrent sur le plan de leurs caractéristiques cliniques, moléculaires et pathologiques. De plus en plus de recherches établissent un lien entre le traitement hormonal

substitutif (THS) – plus particulièrement le THS combinant œstrogènes et progestérone – et un risque accru de carcinome lobulaire, mais non de carcinome canalaire¹⁴. Les données probantes faisant état des risques associés au THS qui ont été largement diffusées en 2002 ont incité un grand nombre de femmes à cesser d'avoir recours au THS pour le soulagement des symptômes ménopausiques¹⁵.

Comme le montre la [figure 1.6](#), le taux d'incidence normalisé selon l'âge du carcinome canalaire a augmenté légèrement au Canada, plus particulièrement entre le milieu et la fin des années 1990. En revanche, l'incidence du carcinome lobulaire a légèrement diminué au Canada. Aux États-Unis, l'incidence normalisée selon l'âge du carcinome lobulaire et celle du carcinome canalaire ont baissé entre 1999 et 2004 de 4,6 % et de 3,3 % en moyenne par année, respectivement.

FIGURE 1.6

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer canalaire et du cancer lobulaire chez les femmes, Canada – 1992 à 2007



La proportion des cancers du sein envahissants de type histologique canalaire a augmenté, passant de 63,6 % en 1992 à 71,6 % en 2007. La proportion de cancers du sein envahissants de type histologique lobulaire est demeurée relativement stable tout au long de cette période, se situant à environ 8 % (ces données ne sont pas illustrées). L'établissement d'un diagnostic de carcinome lobulaire par opposition à un carcinome canalaire variait selon le groupe d'âge. L'établissement d'un diagnostic de carcinome canalaire était plus fréquent chez les femmes âgées de moins de 50 ans que chez les femmes de 50 ans et plus (77 % comparativement à 70 %). En revanche, un carcinome lobulaire était plus couramment diagnostiqué chez les femmes âgées de 50 ans et plus que chez les femmes de moins de 50 ans (8 % comparativement à 5 %) [ces données ne sont pas illustrées]. Des constatations similaires de l'existence d'un lien entre l'âge et l'histologie des tumeurs mammaires ont été faites aux États-Unis¹⁶.

Le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) est le type le plus courant de cancer du sein non envahissant chez les femmes. Étant donné que le CCIS est habituellement décelé par mammographie et qu'un nombre accru de femmes subissent des mammographies régulières, l'incidence du CCIS a augmenté au Canada.

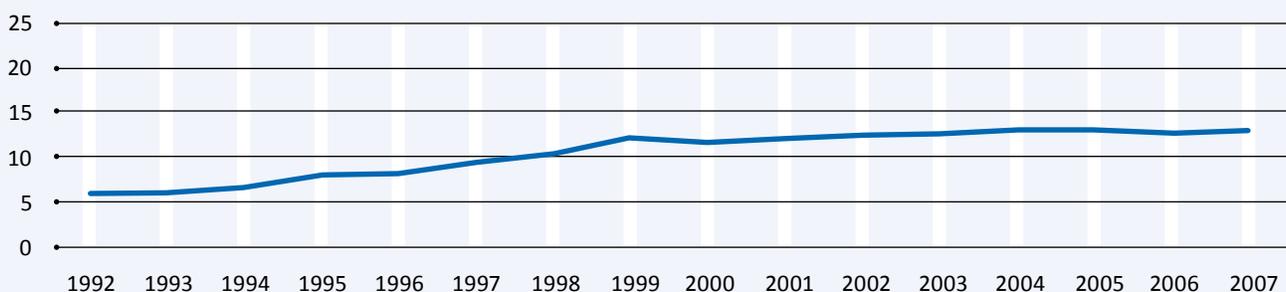
Un diagnostic de CCIS augmente le risque qu'une femme développe un cancer du sein envahissant par la suite¹⁷. Le CCIS est habituellement décelé lors d'une mammographie de dépistage et, étant donné que le recours au dépistage a augmenté à la suite de la mise en œuvre généralisée de programmes de dépistage axés sur la population, l'incidence du CCIS a aussi augmenté. Les données concernant le Canada montrent qu'en 2007, l'incidence normalisée selon l'âge du CCIS était de 13,0 par 100 000 habitants, ce qui représente une augmentation comparativement à 6,3 par 100 000 habitants en 1992 (figure 1.7). Les données relatives aux États-Unis montrent aussi une augmentation de

Les données concernant le Canada montrent qu'en 2007, l'incidence normalisée selon l'âge du CCIS était de 13,0 par 100 000 habitants, ce qui représente une augmentation comparativement à 6,3 par 100 000 habitants en 1992.

FIGURE 1.7

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) chez les femmes, Canada – 1992 à 2007

Taux par 100 000 habitants



Remarque : L'Ontario est exclu.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

l'incidence du CCIS. De 1983 à 2003, l'incidence du CCIS a augmenté de 500 % chez les femmes de 50 ans et plus, et l'incidence a commencé à diminuer en 2003¹⁸. Chez les femmes de moins de 50 ans, l'incidence du CCIS a augmenté de 290 %, et l'incidence a continué d'augmenter jusqu'en 2006¹⁸.

La mortalité attribuable à l'apparition subséquente d'un cancer du sein envahissant est relativement faible chez les femmes ayant reçu un diagnostic initial de CCIS. Dans le cadre d'une étude menée aux États-Unis en prenant

appui sur des données sur la population tirées du programme Surveillance Epidemiology and End Results (SEER), parmi les 7 072 femmes ayant reçu un diagnostic de CCIS entre 1978 et 1989 (et qui n'avaient aucun antécédent de cancer du sein), 0,9 % sont décédées d'un cancer du sein subséquent dans les cinq ans et 2,3 % sont décédées dans les dix ans. Cela est comparable aux taux de mortalité à cinq ans et dix ans de 7,3 % et 14,2 %, respectivement, relevés chez toutes les femmes présentant un cancer du sein localisé (d'après les données du programme SEER)¹⁹.

Conclusion

Bien que moins de femmes canadiennes meurent du cancer du sein que par le passé, le cancer du sein continue de représenter un fardeau considérable. La détection précoce du cancer du sein par l'intermédiaire du dépistage et l'accès à des traitements d'avant-garde peuvent contribuer à réduire davantage le nombre de décès attribuables à cette maladie et à améliorer la survie. L'incidence du cancer du sein est l'une des rares mesures de la santé associées à une situation socioéconomique supérieure, et les données du Canada montrent un risque accru de cancer du sein chez les femmes vivant dans les quartiers se situant dans le quintile de revenu le plus élevé. Étant donné

que la mortalité attribuable au cancer du sein envahissant ne présente pas les mêmes profils que l'incidence selon la situation socioéconomique (c.-à-d. que les taux de mortalité ne sont pas statistiquement différents d'un groupe de revenu à l'autre), cela laisse entendre que les cancers diagnostiqués chez les femmes ayant un revenu supérieur présentent un risque inférieur (ce qui est peut-être attribuable au fait que les taux de dépistage sont supérieurs chez ces groupes). Les tendances de l'incidence du cancer du sein selon le sous-type révèlent des tendances temporelles contrastantes en ce qui concerne le carcinome canalaire et le carcinome lobulaire.

Dépistage du cancer du sein

SECTION DEUX

FIGURE 2.1

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont participé à un programme organisé de dépistage du cancer du sein au cours des deux années précédentes par province – 2009 à 2010
P. 18

FIGURE 2.2

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes par province et territoire – ESCC, 2008
P. 19

TABLEAU 2.1

Mammographies de dépistage autodéclarées et utilisation globale chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, par province
P. 20

FIGURE 2.3

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 40 à 49 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes par province et territoire – ESCC, 2008
P. 21

FIGURE 2.4

Pourcentage de femmes âgées de 35 ans et plus déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année selon le groupe d'âge, Canada – ESCC, 2008
P. 22

FIGURE 2.5

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon le quintile de revenu, et le niveau de scolarité du ménage, Canada – ESCC, 2008
P. 23

FIGURE 2.6

Pourcentage des femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2008
P. 24

FIGURE 2.7

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon le nombre d'années au Canada depuis l'immigration – ESCC, 2008
P. 24

CONCLUSION

P. 26



Dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein est une intervention de santé publique établie.

La présente section examine les taux de dépistage du cancer du sein ainsi que la façon dont ils varient selon l'âge, le lieu de résidence, et la situation socioéconomique. Des données probantes faisant état des avantages du dépistage du cancer du sein sont ressorties au cours des années 1980 à la suite de la publication des résultats d'essais cliniques ayant révélé une diminution significative des décès attribuables au cancer du sein chez les femmes choisies au hasard pour faire l'objet d'une intervention de dépistage par rapport à celles ayant reçu des soins courants²⁰⁻²⁶. À la suite de la publication de ces données probantes, des programmes organisés de dépistage du cancer du sein ont été établis au Canada dans le but de déceler la maladie de façon précoce chez les femmes asymptomatiques. À l'heure actuelle, toutes les provinces et tous les territoires sauf le Nunavut offrent des programmes organisés de dépistage. Grâce à ces efforts, le dépistage du cancer du sein est devenu l'une des interventions de santé publique les plus fréquemment adoptées pour aider à réduire le fardeau du cancer.

Au Canada, les femmes peuvent subir un dépistage du cancer dans le cadre d'un programme provincial ou territorial organisé de dépistage

ou subir une mammographie dans des cliniques hors du cadre des programmes organisés lorsqu'elles y sont adressées par un médecin.

La participation aux programmes organisés de dépistage varie d'une province à l'autre.

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont ceux dont le personnel communique par la poste avec les femmes faisant partie du groupe d'âge cible, réalise des mammographies dans des installations désignées, prend des dispositions en vue de tout dépistage de suivi nécessaire et rappelle les femmes pour un dépistage s'il y a lieu, et qui sont dotés de programmes complets d'assurance de la qualité et de suivi des résultats²⁷. Tous les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein ciblent les femmes âgées de 50 à 69 ans présentant un risque moyen de cancer du sein et offrent des mammographies bisannuelles (l'Ontario offre le dépistage aux femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen). En outre, plusieurs des provinces et territoires offrent un dépistage dans le cadre de programmes aux femmes âgées de 40 à 49 ans et de 70 ans et plus (mais ne ciblent pas activement les femmes de ces groupes d'âge); certains programmes exigent la recommandation d'un médecin pour ces groupes d'âge. L'annexe II comprend un tableau comparant les principales caractéristiques des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage en vigueur à l'échelle du Canada.

La [figure 2.1](#) montre le pourcentage de la population cible ayant subi un dépistage dans le cadre de chacun des programmes provinciaux organisés de dépistage (connu comme étant le

taux de participation aux programmes organisés) au cours de la période pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles (variant entre 2008 et 2010). Ces taux varient de 6 % en Alberta à 56 % au Québec. Le taux de participation en Alberta est fondé uniquement sur le nombre de femmes ayant subi un dépistage dans le cadre du *Screen Test Program*, un programme organisé qui effectue approximativement 10 % à 12 % des mammographies de dépistage réalisées dans la province, dont 65 % sont faites dans des unités mobiles en milieu rural. La [figure 2.1](#) indique aussi la contribution au dépistage par l'Alberta Society of Radiologists (ASR) qui, lorsqu'elle est prise en compte, porte le taux global de participation au dépistage en Alberta à 57,3 %.

En 2006, l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) a établi un ensemble de mesures et de cibles qui pourraient être utilisées pour surveiller et évaluer le rendement des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada^d. Étant donné qu'une participation adéquate au dépistage organisé du cancer du sein est nécessaire pour que les programmes permettent de réduire la mortalité attribuable au cancer du sein, les programmes canadiens ont établi un taux de participation cible de 70 % pour les femmes âgées de 50 à 69 ans au cours d'une période de deux ans²⁸. Comme le montre la [figure 2.1](#), le dépistage effectué dans le cadre de ces programmes

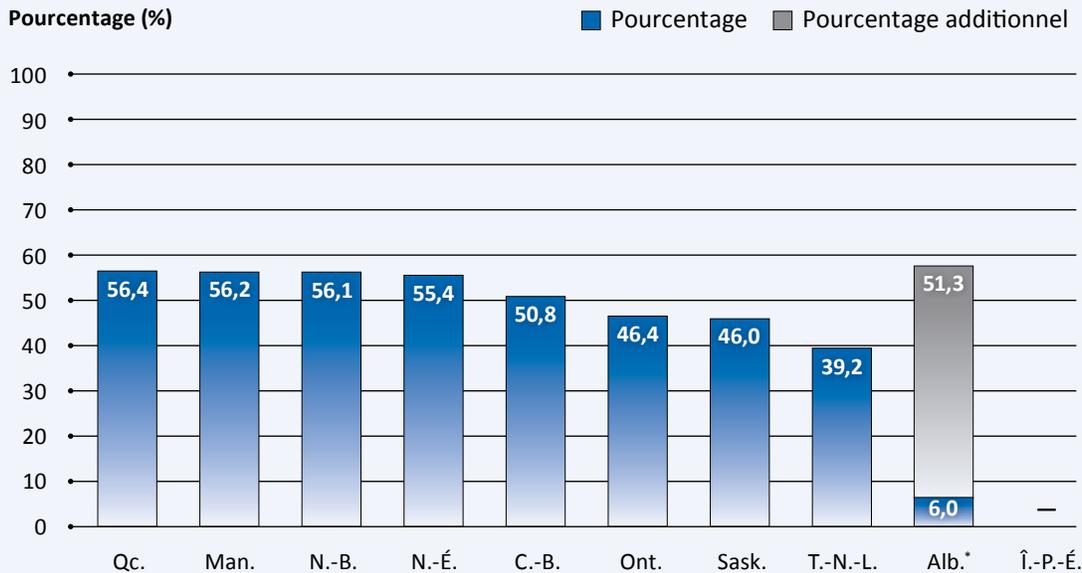
d) L'initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) est un programme fédéral qui est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les objectifs de l'ICDCS consistent à favoriser l'élaboration de programmes organisés de dépistage de qualité au Canada, à faciliter l'adoption de pratiques exemplaires en matière de dépistage et d'évaluation, et à évaluer le dépistage au Canada en fonction d'un ensemble de critères reconnus, et à surveiller le rendement des programmes organisés de dépistage.

organisés a chuté bien en-deçà de cette cible en 2009 à 2010. Au cours des dernières années, les taux de participation aux programmes organisés ont augmenté dans plusieurs provinces alors

qu'ils ont plafonné dans d'autres provinces (selon des comparaisons avec les taux de participation de 2005 et 2006 indiqués par l'Agence de la santé publique du Canada)²⁹.

FIGURE 2.1

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont participé à un programme organisé de dépistage du cancer du sein au cours des deux années précédentes par province – 2009 à 2010



Remarques : Les données du Man. sont celles de 2008 à 2010. Les données du Qc. sont celles de 2009. Les données de l'Ont. sont celles de 2008 à 2009.

* En Alberta, le taux de participation de 6 % est celui du *Screen Test Program*. Le graphique indique également la contribution au dépistage par l'Alberta Society of Radiologists (ASR), qui porte le taux global de participation à 57,3 % en 2009 à 2010.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour l'Î.-P.-É.

Source des données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

Les données autodéclarées dans le cadre d'enquêtes indiquent que les taux globaux de dépistage du cancer du sein dépassent 70 %.

Il est possible d'effectuer des estimations concernant le dépistage global du cancer du sein à partir de données autodéclarées tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes^e. L'encadré 2.1 présente la description d'une étude menée en vue de comparer la participation au dépistage du cancer du sein dans le cadre de programmes et le dépistage de ce cancer réalisé hors du cadre d'un programme organisé aux taux de dépistage autodéclarés tirés de l'ESCC. En 2008 (l'année la plus récente pour laquelle des données d'enquête sont disponibles),

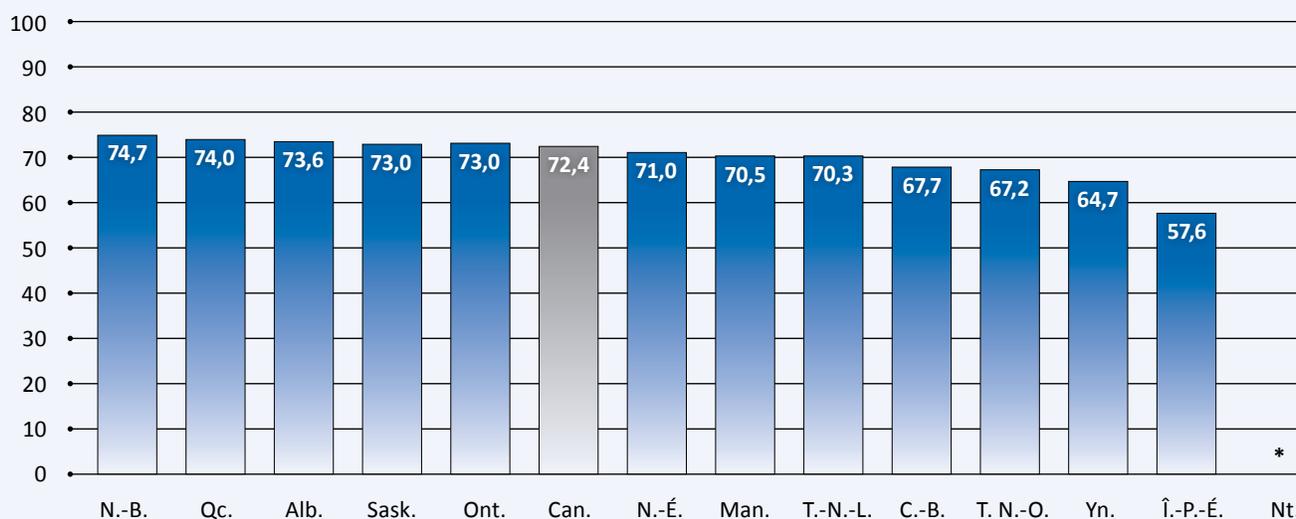
72 % des femmes canadiennes âgées de 50 à 69 ans admissibles au dépistage ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Les taux de dépistage autodéclarés allaient de 58 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 75 % au Nouveau-Brunswick (figure 2.2).

La comparaison du taux moyen de dépistage autodéclaré de 72,4 % au taux de participation d'environ 50 % aux programmes (le taux variant grandement d'une province à l'autre) laisse entendre que le dépistage ayant lieu hors du cadre d'un programme, ou le dépistage effectué sur une base opportuniste, représente en moyenne environ 30 % de tous les examens de dépistage. Si l'on tient compte du dépistage

FIGURE 2.2

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes par province et territoire – ESCC, 2008

Pourcentage (%)



Remarque : Une femme était considérée « admissible » à une mammographie de dépistage si la mammographie n'était PAS effectuée pour l'une des raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire décelés antérieurement, ou le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

Source des données : Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

e) L'ESCC comprend des questions sur le recours aux mammographies, qui permettent de déterminer si la mammographie a été réalisée à des fins de dépistage ou de diagnostic et si l'obtention d'une mammographie était limitée à des femmes asymptomatiques. Une femme était considérée asymptomatique si la mammographie n'était pas effectuée pour les raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire, le suivi d'un traitement contre le cancer du sein, ou toute raison autre que les antécédents familiaux, un dépistage ou un examen systématique, l'âge ou la prise d'un THS.

effectué hors du cadre d'un programme, la cible de 70 % est atteinte dans la majorité des provinces. Cependant, il n'a pas été possible, aux fins du

présent rapport, d'avoir accès aux données sur le suivi et les autres éléments de la qualité du dépistage ayant lieu hors du cadre du programme.

ENCADRÉ 2.1

Les taux de dépistage du cancer du sein autodéclarés dans le cadre de l'ESCC se rapprochent étroitement du taux du dépistage effectué dans le cadre de programmes organisés et sur une base opportuniste

Un groupe de travail formé par le Partenariat canadien contre le cancer a estimé un taux global de recours à la mammographie qui tient compte de rapports faisant état du dépistage organisé et du dépistage réalisé sur une base opportuniste³⁰. Les renseignements recueillis sur le dépistage réalisé sur une base opportuniste sont tirés de réclamations d'honoraires à l'acte présentées par des médecins relativement à des services de mammographie. Le groupe a constaté que les estimations du dépistage global du cancer du sein étaient comparables à celles fondées sur les autodéclarations effectuées par les femmes dans le cadre d'enquêtes nationales. Cette comparabilité appuie l'utilisation de données administratives tirées des programmes de dépistage et des données autodéclarées tirées de l'ESCC.

TABLEAU 2.1

Mammographies de dépistage autodéclarées et utilisation globale chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, par province (Adaptation de Doyle et coll., 2011³⁰)

Province	Mammographies de dépistage autodéclarées au cours des deux années précédentes,* pourcentage	Utilisation globale de la mammographie, deux années [§] , pourcentage
Canada	62,5 %	63,1 %
Colombie-Britannique	60,1 %	60,0 %
Alberta	64,0 %	62,8 %
Saskatchewan	63,7 %	60,9 %
Manitoba	56,1 %	63,7 %
Ontario	62,7 %	63,5 %
Québec	64,3 %	64,6 %
Terre-Neuve-et-Labrador	61,5 %	63,9 %

* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

§ D'après les rapports sur le dépistage fondés sur les réclamations d'honoraires à l'acte présentées par des médecins, et provenant des programmes provinciaux organisés pour les années civiles 2005 et 2006.

Les différences relatives aux taux de 2008 relevés dans le cadre de l'ESCC qui ont été communiqués par Doyle et coll. et dans la figure 2.2 reflètent les différences sur le plan des méthodologies utilisées. La figure 2.2 indique le pourcentage de femmes *admissibles* ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage; c'est-à-dire que les femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie pour les raisons suivantes ont été exclues *à la fois* du numérateur *et* du dénominateur : une masse ou un problème mammaire, le suivi d'un traitement contre le cancer, toute raison autre que les antécédents familiaux, un dépistage ou un examen systématique, l'âge ou la prise d'un THS. Doyle et ses collaborateurs ont exclu ces femmes du numérateur, mais ils les ont incluses dans le dénominateur.

Le dépistage autodéclaré est courant à l'extérieur des groupes d'âge cibles.

Comme il a été mentionné, les programmes organisés de dépistage ciblent les femmes âgées de 50 à 69 ans ou celles âgées de 50 à 74 ans. Toutefois, le pourcentage de femmes âgées de 40 à 49 ans ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes varie considérablement d'une province à l'autre, et les taux vont de 21 % en Saskatchewan à 52 % en Alberta (figure 2.3). Cette variation peut être attribuable à un certain nombre de facteurs, mais elle peut en partie refléter des différences entre les provinces quant à l'admissibilité des femmes âgées de 40 à 49 ans au dépistage dans le cadre du programme organisé (voir l'annexe II). Plus précisément, dans certaines provinces, les femmes appartenant

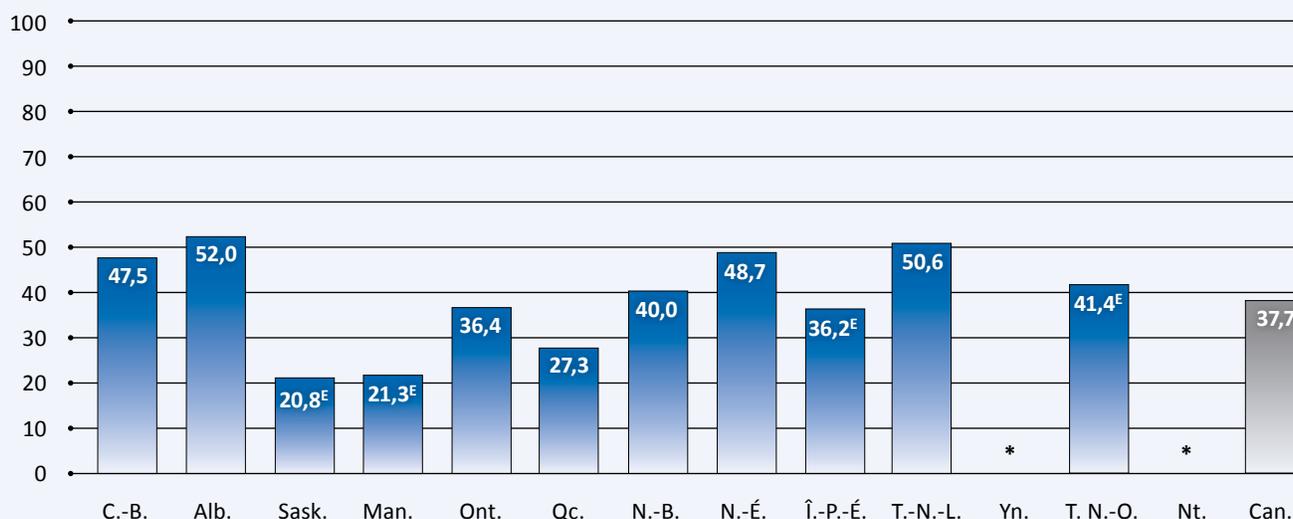
à ce groupe d'âge sont admissibles, alors que dans d'autres provinces, elles doivent obtenir une recommandation d'un médecin ou ne sont pas admissibles du tout. Les taux relativement élevés de mammographie de dépistage enregistrés à Terre-Neuve-et-Labrador chez les femmes de ce groupe d'âge sont quelque peu étonnants parce que le programme organisé de dépistage du cancer du sein de cette province n'acceptait pas les femmes âgées de 40 à 49 ans à des fins de dépistage en 2008. Ces femmes ont probablement subi le dépistage sur une base opportuniste. En avril 2012, le programme de dépistage du cancer du sein en vigueur à Terre-Neuve-et-Labrador a été élargi afin d'inclure les femmes âgées de 40 à 49 ans qui sont dirigées vers le programme par leur fournisseur de soins de santé primaires.

Dans certaines provinces, les femmes âgées de 40 à 49 ans sont admissibles, alors que dans d'autres provinces, elles doivent obtenir une recommandation d'un médecin ou ne sont pas admissibles du tout.

FIGURE 2.3

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 40 à 49 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes par province et territoire – ESCC, 2008

Pourcentage (%)



Remarque : Une femme était considérée « admissible » à une mammographie de dépistage si la mammographie n'était pas effectuée pour l'une des raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire décelés antérieurement, ou le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

^E Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Un grand nombre de femmes qui ne font pas partie des groupes d'âge cibles du dépistage systématique (c.-à-d. celles qui ont moins de 50 ans ou plus de 69 ans) ont déclaré qu'elles avaient subi une mammographie au cours de la dernière année selon les données de l'ESCC de 2008 (figure 2.4). En fait, le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année était de 62 % chez les femmes appartenant au groupe d'âge cible, et de 38 % chez les femmes ne faisant pas partie du groupe cible. Le dépistage effectué chez ces femmes ne faisant pas partie des groupes d'âge cibles a des répercussions sur les ressources et les capacités à l'échelon provincial. Il convient

de souligner la variation d'une province à l'autre quant à cette utilisation du dépistage.

Les taux de dépistage du cancer du sein autodéclarés varient selon le revenu et le niveau de scolarité mais non selon la résidence en milieu urbain ou rural.

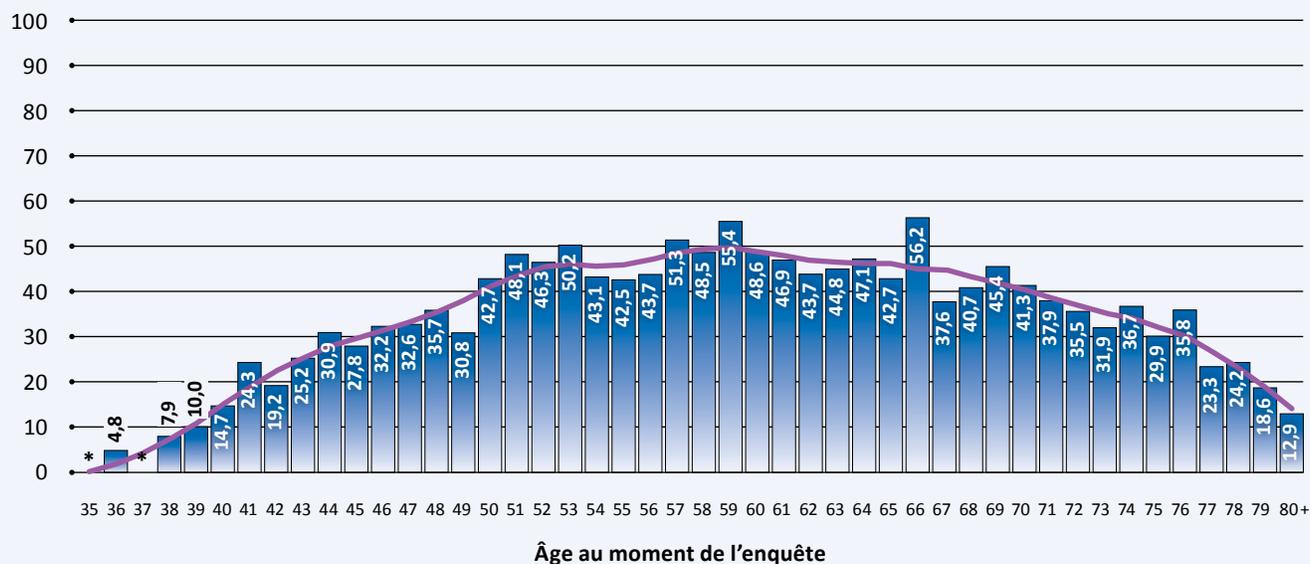
En dépit du fait que le dépistage du cancer du sein soit couvert de façon presque universelle à l'échelle du Canada dans le cadre des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie, il existe des différences dans le recours à la mammographie selon des facteurs socioéconomiques tels que le revenu et le niveau de scolarité.

Les femmes appartenant aux groupes d'âge inférieurs et supérieurs à ceux visés déclarent subir un dépistage.

FIGURE 2.4

Pourcentage de femmes âgées de 35 ans et plus déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année selon le groupe d'âge, Canada – ESCC, 2008

Pourcentage (%)



Remarque : Une femme était considérée d'avoir eu une mammographie de dépistage si la mammographie n'était pas effectuée pour l'une des raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire décelés antérieurement, le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

La ligne pourpre illustre la courbe lisse ajustée des données observées.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Le recours autodéclaré à la mammographie était supérieur de 16 points de pourcentage chez les femmes vivant dans les quartiers dont les résidents gagnaient le revenu le plus élevé par opposition au revenu le plus faible en 2008 (77 % comparativement à 61 %; [figure 2.5](#)). Dans la même veine, le recours à la mammographie était supérieur de 10 points de pourcentage chez les femmes ayant le niveau de scolarité le plus élevé par comparaison à celles ayant le niveau de scolarité le plus faible (75 % comparativement à 65 %; [figure 2.5](#)). Les

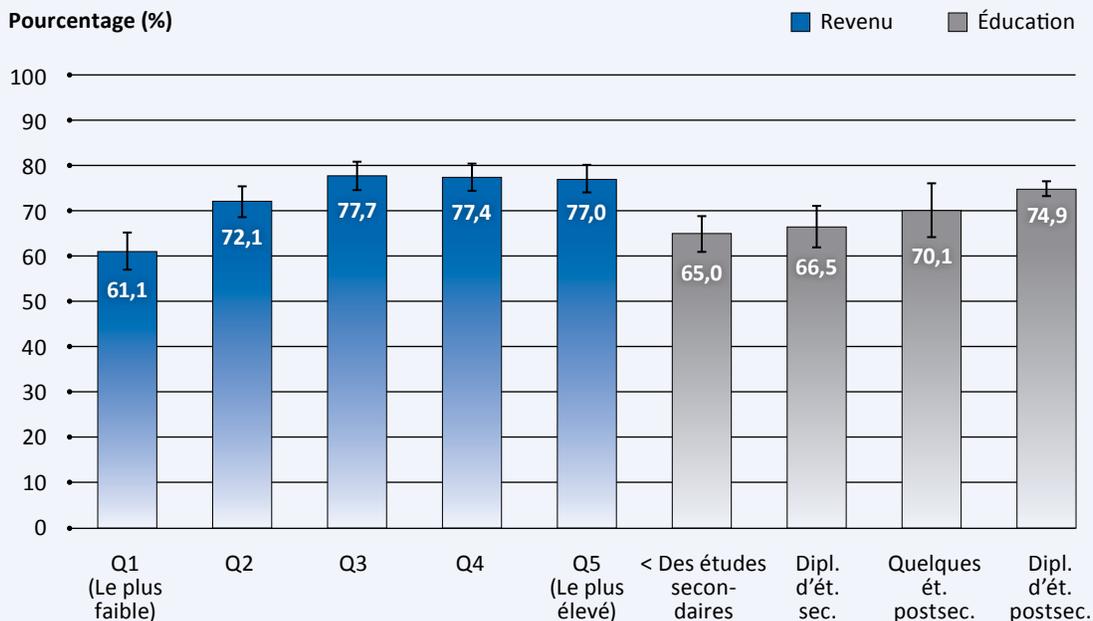
tendances socioéconomiques chez les femmes âgées de 40 à 49 ans étaient similaires à celles relevées chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Ces résultats correspondent à ceux qui ont été communiqués dans le cadre d'autres études. Les niveaux inférieurs de revenu et de scolarité sont corrélés avec des niveaux inférieurs de recours à la mammographie^{6, 31-33}.

Aucun profil distinct n'est ressorti en ce qui concerne les taux de dépistage autodéclarés selon la résidence en milieu urbain ou rural chez

FIGURE 2.5

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon le quintile de revenu, et le niveau de scolarité du ménage, Canada – ESCC, 2008



Le recours à la mammographie était supérieur de 10 points de pourcentage chez les femmes ayant le niveau de scolarité le plus élevé par comparaison à celles ayant le niveau de scolarité le plus faible.

Remarque : Une femme était considérée « admissible » à une mammographie de dépistage si la mammographie n'était pas effectuée pour l'une des raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire décelés antérieurement, ou le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

les femmes âgées de 50 à 69 ans (figure 2.6). Chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, cependant, les taux de dépistage autodéclarés tendaient à être plus élevés chez les femmes vivant en milieu urbain que chez celles vivant en milieu rural ou très éloigné (39 % comparativement à 31 %) [ces données ne sont pas illustrées]. Il se peut que l'absence d'écart entre le milieu urbain et le milieu rural quant aux taux de dépistage chez les femmes âgées de 50 à 69 ans reflète la réussite des programmes de dépistage mobiles et d'autres initiatives visant à rapprocher les services de dépistage des femmes vivant au sein des collectivités rurales et éloignées.

Les immigrantes récentes sont moins susceptibles de subir un dépistage que la population générale.

Les taux de dépistage autodéclarés étaient inférieurs en 2008 chez les immigrantes récentes (femmes vivant au Canada depuis 10 ans ou moins) comparativement aux femmes nées au Canada et aux femmes vivant au Canada depuis plus de 10 ans (42 %, 74 % et 70 %, respectivement; figure 2.7).

L'estimation relative aux femmes vivant au Canada depuis dix ans ou moins doit être interprétée avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon. Ces constatations concordent avec la documentation, qui laisse entendre que plus une personne immigrante vit au Canada depuis longtemps, plus elle est susceptible d'avoir recours au système de santé de la même façon que les personnes nées au Canada³⁴⁻³⁶. L'existence d'un lien étroit entre le statut d'immigrant et l'obtention d'un dépistage du cancer du sein a également été démontrée dans le cadre d'autres études³¹⁻³³.

Remarques pour les figures 2.6 et 2.7 : Une femme était considérée « admissible » à une mammographie de dépistage si la mammographie n'était PAS effectuée pour l'une des raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire décelés antérieurement, le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

FIGURE 2.6

Pourcentage des femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2008

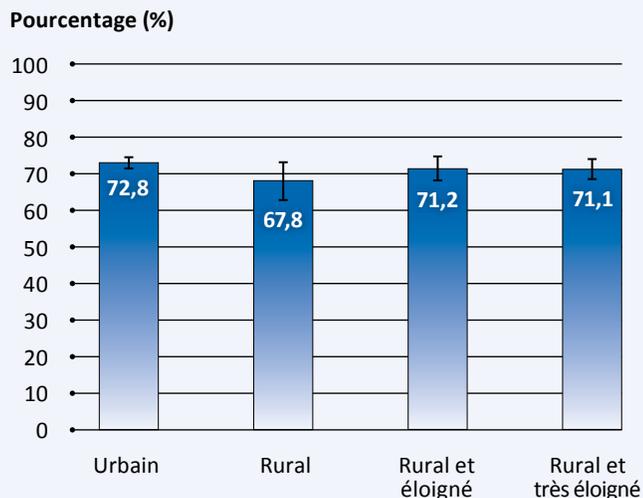
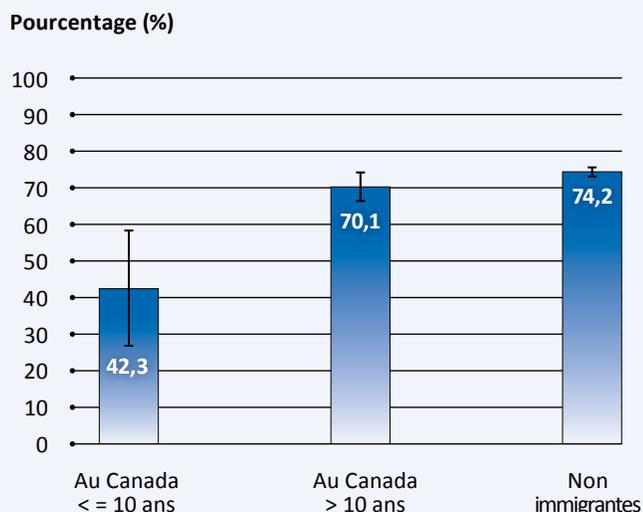


FIGURE 2.7

Pourcentage de femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon le nombre d'années au Canada depuis l'immigration – ESCC, 2008



Les lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein continuent d'évoluer.

Les lignes directrices nationales que diffuse le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ont récemment été révisées et recommandent que les femmes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen de cancer du sein subissent un dépistage systématique par mammographie tous les deux à trois ans³⁷. Le Groupe d'étude estime que la décision d'entreprendre le dépistage par mammographie avant l'âge de 50 ans est de nature individuelle et doit tenir compte des préférences et des valeurs des femmes en ce qui a trait aux avantages particuliers et aux effets nocifs possibles du dépistage³⁷. Le Groupe d'étude recommande que les femmes âgées de 75 ans et plus discutent des risques et des avantages du dépistage avec leur fournisseur de soins de santé et décident

conjointement avec celui-ci s'il convient de procéder au dépistage³⁷. On peut consulter les lignes directrices et des documents d'appui à l'adresse suivante :

http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2011_01_fra.html.

Les programmes de dépistage visant les femmes qui présentent un risque moyen font appel à la mammographie. Certaines femmes font face à un risque de cancer du sein supérieur à la moyenne en raison de leur constitution génétique et par conséquent, des protocoles et des techniques d'imagerie, y compris le recours à des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et à l'échographie, sont souvent recommandés (encadré 2.2).

ENCADRÉ 2.2

Options de dépistage pour les femmes présentant un risque supérieur à la moyenne de cancer du sein

Il est estimé que moins de 1 % des femmes de la population générale présentent un risque très élevé de cancer du sein³⁸. Certaines mutations génétiques associées au cancer du sein ont été décelées aux loci BRCA1 et BRCA2 et confèrent un risque à vie pour les femmes pouvant atteindre 85 % de développer un cancer du sein³⁸. Le risque à vie pour les femmes de la population générale est de 10 % à 12 %³⁸. Les femmes présentant un risque élevé développent un cancer du sein à un plus jeune âge et les cancers dont elles sont atteintes tendent à être plus agressifs que les cancers du sein diagnostiqués chez les femmes présentant un risque moyen. Les femmes âgées de 30 à 69 ans qui, selon un médecin, présentent un risque élevé de cancer du sein devraient, après avoir reçu des conseils pertinents, subir tous les ans un dépistage par mammographie et par IRM conformément aux lignes directrices développées par l'Action cancer Ontario et à celles de plusieurs autres administrations³⁹⁻⁴¹.

L'Ontario a récemment mis en œuvre un programme organisé de dépistage pour les femmes présentant un risque élevé de cancer du sein^{38, 42}. Dans d'autres provinces, le dépistage pour les personnes présentant un risque élevé peut être offert dans le cadre de programmes particuliers; à titre d'exemple, mentionnons le Calgary Breast Health Program en Alberta⁴³.

Conclusion

Le dépistage du cancer du sein est une composante bien établie de la lutte contre le cancer au Canada. Lorsque le dépistage effectué dans le cadre et hors du cadre de programmes organisés est pris en compte, les taux de dépistage (fondés sur les données d'enquête autodéclarées) sont supérieurs à 70 % dans presque toutes les provinces et tous les territoires chez les femmes appartenant au groupe d'âge cible (50 à 69 ans). En dépit de l'accès universel au dépistage du cancer du sein, les taux de dépistage autodéclarés parmi ce groupe cible sont inférieurs à 70 % chez les femmes vivant dans les quartiers à faible revenu, les femmes ayant un niveau de scolarité relativement faible, et les femmes qui sont de nouvelles immigrantes. Par contre, les taux de dépistage relevés dans les collectivités rurales

et éloignées sont équivalents à ceux des collectivités urbaines.

Les différences observées d'une province et d'un territoire à l'autre quant aux taux de dépistage ont des répercussions sur la planification des programmes et des ressources. Les lignes directrices canadiennes sur le dépistage du cancer du sein ont récemment été révisées et recommandent d'accroître l'intervalle entre les mammographies pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, c'est-à-dire de faire passer l'intervalle d'une fois par an ou tous les deux ans à une fois tous les deux ou trois ans. En raison de ces changements, il pourrait être nécessaire de revoir dans l'avenir les définitions des indicateurs de dépistage utilisés dans le présent rapport.

Établissement du diagnostic du cancer du sein

SECTION TROIS

FIGURE 3.1

Temps d'attente médian et du 90^e centile pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont pas besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2010
P. 31

FIGURE 3.2

Temps d'attente médian et du 90^e centile pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2010
P. 32

FIGURE 3.3

Temps d'attente médian pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont pas besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2004 à 2010
P. 33

FIGURE 3.4

Temps d'attente médian pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2004 à 2010
P. 33

FIGURE 3.5

Pourcentage de nouveaux cas stadifiables pour lesquels des données de stadification sont disponibles dans les registres provinciaux – cancer du sein par province – 2009 et 2010
P. 35

FIGURE 3.6

Répartition selon le stade au moment du diagnostic des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant au Canada en 2010 par province
P. 36

FIGURE 3.7

Répartition selon le stade au moment du diagnostic des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en 2010, Canada
P. 37

FIGURE 3.8

Pourcentage de femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010 qui ont subi un test de dosage des récepteurs ER, des récepteurs PR (ou les deux) dont les résultats se sont révélés positifs par province
P. 40

FIGURE 3.9

Pourcentage de femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010 qui ont subi un test de dosage des récepteurs HER2 dont les résultats se sont révélés positifs par province
P. 41

CONCLUSION

P. 42



Établissement du diagnostic du cancer du sein

L'établissement du diagnostic du cancer du sein est complexe, comporte de nombreuses étapes et exige du temps.

L'établissement du diagnostic du cancer du sein peut comporter de nombreuses étapes, notamment la reconnaissance initiale de l'existence d'un problème et la détermination des caractéristiques cliniques nécessaires à la planification d'un traitement. Le processus de diagnostic peut aussi comprendre un grand nombre d'exams et de procédures, y compris des biopsies par forage guidées par imagerie, des biopsies chirurgicales (ouvertes) ou par forage (à l'aiguille), et des analyses en laboratoire (en particulier en pathologie), qui exigent tous du temps.



La présente section examine plusieurs aspects du processus de diagnostic du cancer du sein. En premier lieu, on y décrit le temps consacré à l'exécution des étapes nécessaires à l'établissement du diagnostic du cancer du sein à la suite de la découverte d'une anomalie sur une mammographie de dépistage. Deuxièmement, on y présente la répartition des stades de la maladie chez les femmes canadiennes au moment où elles reçoivent un diagnostic de cancer. En dernier lieu, cette section présente des données sur les analyses réalisées en laboratoire aux fins du dosage des biomarqueurs du cancer du sein. On ne disposait pas de données facilement accessibles pour calculer des indicateurs significatifs concernant la qualité des tests de diagnostic pour les patientes atteintes d'un cancer du sein ou l'utilisation des modalités recommandées telles que les biopsies par forage guidées par imagerie. Les efforts de collecte de données viseront à combler les lacunes à cet égard en vue des rapports futurs.

Les retards dans la résolution des résultats suspects du dépistage du cancer du sein retardent le traitement et engendrent de l'anxiété.

La résolution en temps opportun des résultats anormaux de dépistage du cancer du sein favorise la mise en œuvre rapide du traitement et peut améliorer les résultats pour les patientes. Un résultat de dépistage suspect peut engendrer de l'anxiété et des inquiétudes, même si le diagnostic de cancer du sein est négatif en fin de compte⁴⁴. Les retards dans la résolution du diagnostic peuvent prolonger cette anxiété.

Les causes des retards dans la résolution d'un résultat anormal de dépistage sont variées et peuvent comprendre des facteurs liés au système de santé (y compris une capacité de planification insuffisante pour un retour en temps opportun), des facteurs liés aux fournisseurs (par exemple le fait de ne pas communiquer les résultats d'une manière que la patiente comprenne) et des facteurs liés aux patientes (comme le fait de ne pas se rendre à un rendez-vous)⁴⁵. Il est nécessaire d'effectuer un suivi rapide et adéquat auprès des femmes dont les résultats de dépistage sont anormaux, pour que les programmes de dépistage permettent de réduire la mortalité attribuable au cancer du sein⁴⁶.

Des données sur les temps d'attente entre l'obtention d'un résultat de dépistage anormal et la résolution sont disponibles auprès des programmes provinciaux de dépistage.

Des programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont maintenant offerts dans toutes les provinces et dans deux territoires, et les taux de participation à ceux-ci varient de 6 % à 56 % à l'échelle des provinces et des territoires (voir la [figure 2.1](#) dans la section sur le dépistage)^f. Dans le cadre de ces programmes, les résultats de dépistage anormaux ou suspects sont évalués et des analyses ainsi que des consultations supplémentaires sont recommandées pour confirmer ou éliminer la possibilité d'un cancer du sein. Tous les programmes provinciaux recueillent des données qui permettent de calculer le temps écoulé entre l'obtention d'un résultat de dépistage anormal et le diagnostic.

Des temps d'attente cibles ont été établis pour la période s'écoulant entre l'obtention d'un résultat anormal de dépistage du cancer du sein et le diagnostic.

Afin d'assurer l'établissement d'un diagnostic en temps opportun à la suite de l'obtention d'un résultat anormal de dépistage, les membres d'un groupe de travail de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein ont établi des cibles par consensus. Le Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic a établi des cibles concernant la durée du temps requis pour la résolution des résultats de dépistage anormaux. Si aucune biopsie tissulaire n'est nécessaire pour résoudre le dépistage anormal, la cible consiste à faire en sorte qu'au moins 90 % des cas soient résolus dans les cinq semaines. Si une biopsie tissulaire est requise, la cible consiste à faire en sorte qu'au moins 90 % des cas soient résolus dans les sept semaines^{48, g}.

ENCADRÉ 3.1

Seule une partie des cancers du sein sont diagnostiqués dans le cadre de programmes de dépistage

Les données sur les temps d'attente présentées ici représentent les temps d'attente relatifs aux résultats anormaux relevés dans le cadre des programmes provinciaux de dépistage. Les temps d'attente associés aux résultats anormaux de dépistage du cancer du sein réalisé hors du cadre des programmes organisés de dépistage ne sont pas signalés dans le présent rapport parce que nous ne disposons pas d'information à ce sujet. Il est difficile d'obtenir des données canadiennes complètes sur le pourcentage de diagnostics de cancer qui sont établis par l'intermédiaire du dépistage par opposition à d'autres méthodes. Selon une étude axée sur la population menée aux États-Unis, 42 % des cancers du sein ont été décelés par des femmes présentant des symptômes, comme une masse mammaire palpable, ou par des médecins – par exemple au cours d'une consultation de routine auprès de leur médecin de premier recours⁴⁷.

f) Le taux de 6 % est celui de l'Alberta et représente le pourcentage de la population cible ayant fait l'objet d'un dépistage dans le cadre du programme provincial de dépistage *Screen Test Program*, la seule activité de dépistage pour laquelle des données sont actuellement recueillies sur les temps d'attente écoulés avant la résolution. En Alberta, les participantes au dépistage vivent surtout en milieu rural.

g) Les biopsies tissulaires comprennent la biopsie par forage (à l'aiguille) et la biopsie ouverte (par excision).

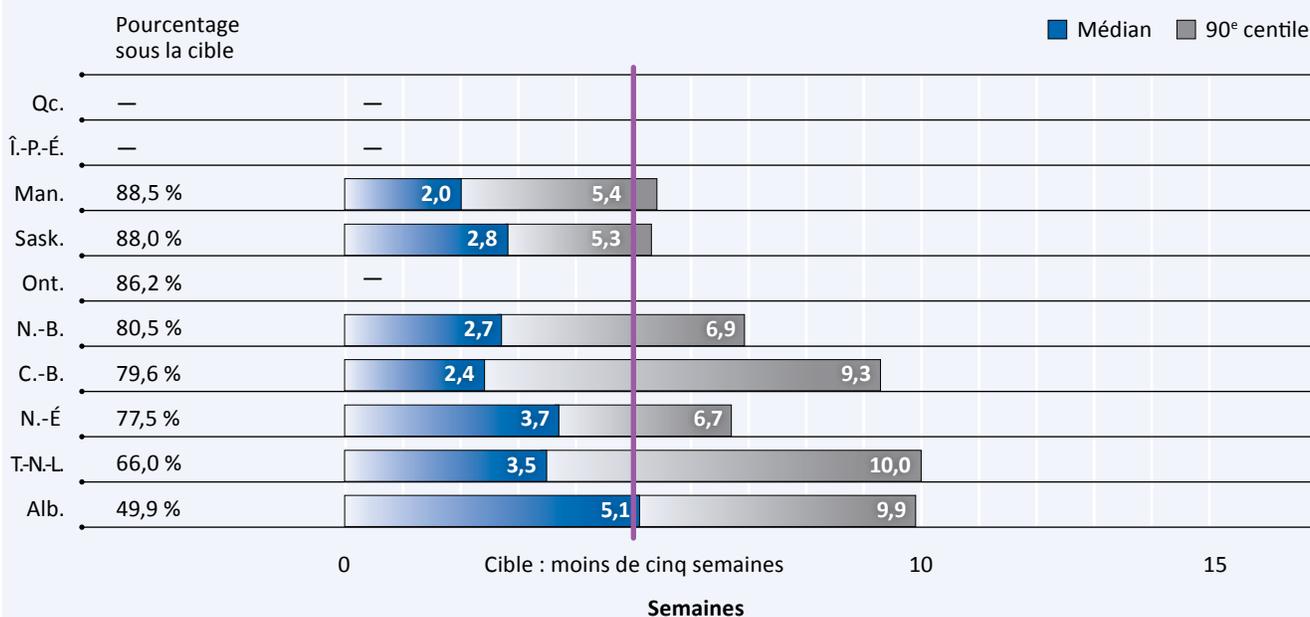
Les temps d'attente du 90^e centile des provinces pour la résolution des résultats de dépistage anormaux révèlent que la plupart des provinces n'ont pas atteint les cibles établies.

Pour les femmes dont le diagnostic pourrait être résolu sans biopsie tissulaire (habituellement au moyen d'une mammographie diagnostique, d'une échographie, ou de ces deux méthodes), le temps médian entre l'examen de dépistage et l'établissement du diagnostic allait de 2,0 semaines au Manitoba à 5,1 semaines

en Alberta (figure 3.1)^h. Le temps maximal requis pour résoudre 90 % des cas (c.-à-d. le 90^e centile du temps d'attente) allait de 5,3 semaines en Saskatchewan à dix (10) semaines à Terre-Neuve-et-Labrador. Les données de 2010 étaient disponibles pour sept provinces (les données n'étaient pas disponibles pour l'Ontario, le Québec, et l'Île-du-Prince-Édouard). Aucune des provinces comprises dans l'analyse n'a atteint la cible recommandée; toutefois la Saskatchewan et le Manitoba étaient très près de l'atteindre.

FIGURE 3.1

Temps d'attente médian et du 90^e centile pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont pas besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2010



Remarque : Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*; il s'agit d'un programme organisé qui effectue approximativement 10 % à 12 % des mammographies de dépistage réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités de dépistage mobiles en milieu rural.

« — » Les données de l'Î.-P.-É. et du Qc ne sont pas disponibles pour aucune des mesures. Les données de l'Ontario ne sont pas disponibles pour le médian et le 90^e centile de temps d'attente.

Source des données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

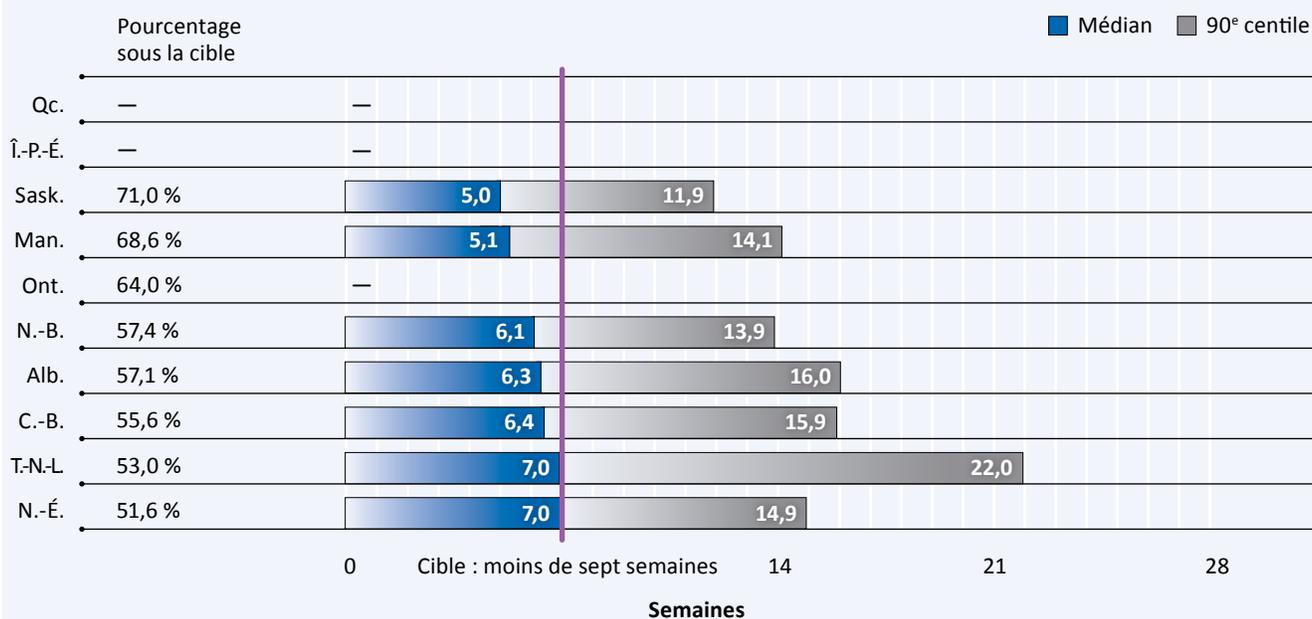
h) Le temps écoulé avant l'établissement du diagnostic est fondé sur la date d'obtention du résultat de la première biopsie pathologique indiquant la présence d'un cancer du sein, à l'exclusion des ponctions à l'aiguille fine et de toutes les procédures non concluantes, ou sur la date du dernier examen ou de la dernière biopsie pathologique ayant indiqué un résultat bénin. Ces estimations excluent les examens réalisés au-delà de six mois après le dépistage.

Dans les cas où une biopsie a été réalisée, le temps d'attente médian était le plus court en Saskatchewan et se situait à 5,0 semaines et le plus long en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, les femmes de ces provinces ayant attendu 7,0 semaines pour l'obtention d'un diagnostic (figure 3.2). Le 90^e centile des temps d'attente par rapport au temps médian était beaucoup plus long pour les femmes ayant

besoin d'une biopsie, allant de 11,9 à 22 semaines. Des données étaient disponibles pour sept provinces (les données de 2010 n'étaient pas disponibles pour l'Ontario, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard). À ce jour, aucune des provinces comprises dans la mesure n'a atteint les cibles établies par le Groupe de travail de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein.

FIGURE 3.2

Temps d'attente médian et du 90^e centile pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2010



Remarque : Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*; il s'agit d'un programme organisé qui effectue approximativement 10 % à 12 % des mammographies de dépistage réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités de dépistage mobiles en milieu rural.

« — » Les données de l'Î.-P.-É. et du Qc ne sont pas disponibles pour aucune des mesures. Les données de l'Ontario ne sont pas disponibles pour le médian et le 90^e centile de temps d'attente.

Source des données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

L'examen des tendances relatives aux temps d'attente de 2004 à 2010 révèle des fluctuations sur le plan des temps d'attente dans toutes les provinces. Les temps d'attente médians se sont améliorés dans plusieurs provinces et se

rapprochaient davantage des temps d'attente médians provinciaux, au cours de la période de mesure, chez les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire que chez les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie (figures 3.3 et 3.4).

FIGURE 3.3

Temps d'attente médian pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont pas besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2004 à 2010

Semaines

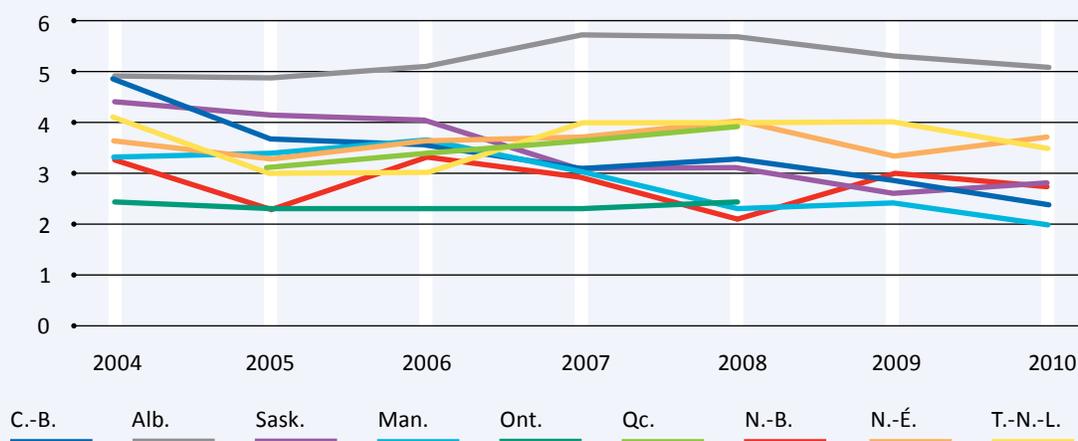
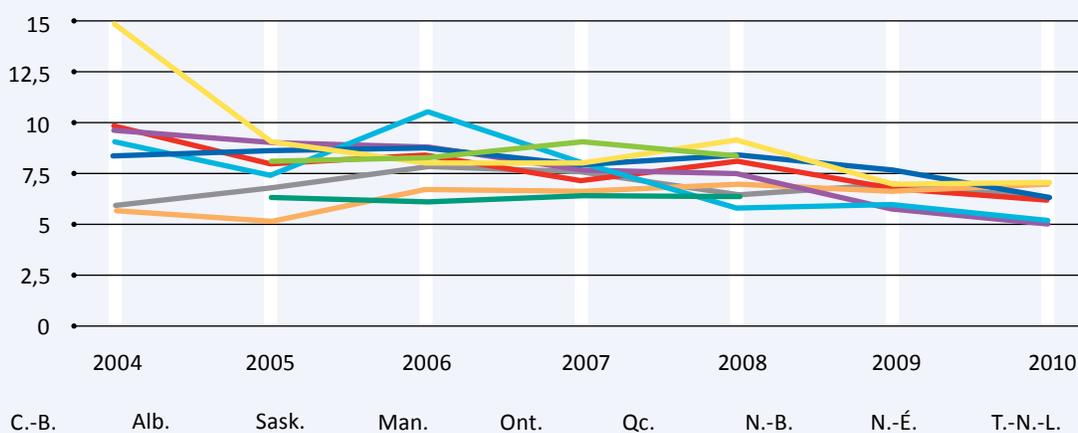


Figure 3.3 : Les données du Qc. ne sont pas disponibles pour 2004. Les données de l'Ont. et du Qc. ne sont pas disponibles à partir de 2009. Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles.

FIGURE 3.4

Temps d'attente médian pour la résolution d'un résultat anormal à une mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont besoin d'une biopsie tissulaire par province – 2004 à 2010

Semaines



L'amélioration de l'accès aux biopsies et aux résultats pathologiques, au besoin, peut contribuer à réduire le délai auquel les femmes font face à la suite d'un résultat anormal à une mammographie.

Figure 3.4 : Les données de l'Ont. et du Qc. ne sont pas disponibles pour 2004. Les données de l'Ont. et du Qc. ne sont pas disponibles à partir de 2009. Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles.

Remarques pour les figures 3.3 et 3.4 : Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*; il s'agit d'un programme organisé qui effectue approximativement 10 % à 12 % des mammographies de dépistage réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités de dépistage mobiles en milieu rural.

Source des données : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein pour 2004. Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein pour 2005 et les années suivantes.

L'amélioration de l'accès aux biopsies et aux résultats pathologiques, au besoin, peut contribuer à réduire le délai auquel les femmes font face à la suite d'un résultat anormal à une mammographie. Fait intéressant, les femmes dont le résultat de dépistage était anormal qui ont éventuellement reçu un diagnostic de cancer du sein attendaient moins longtemps avant la résolution que les femmes dont les résultats de biopsie étaient bénins (ces données ne sont pas illustrées), ce qui donne à penser que les médecins ou les systèmes de santé accélèrent peut-être la biopsie dans les situations où la présence d'un cancer du sein était plus fortement soupçonnée en raison des résultats radiologiques.

La stadification du cancer du sein est essentielle pour la planification du traitement et la surveillance des tendances du cancer.

La stadification du cancer décrit l'étendue ou la gravité de la maladie en fonction de la taille et de l'emplacement des tumeurs cancéreuses et de la mesure dans laquelle le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques et aux régions distantes du corps⁴⁹. La stadification

du cancer au moment de l'établissement du diagnostic est un facteur clé pour déterminer le pronostic et éclairer les décisions sur le traitement et les soins du patient. En plus du rôle clé que joue la stadification dans la pratique clinique, la disponibilité de données recueillies au niveau de la population sur le stade du cancer ajoute une valeur aux mesures des résultats comme l'incidence, la mortalité, et la survie. Ces mesures, lorsqu'elles sont disponibles en fonction du stade, sont cruciales pour évaluer la réussite des efforts de dépistage et de détection précoce du cancer. De plus, en l'absence de renseignements sur le stade, il est difficile de surveiller avec précision les profils de soins qui peuvent faire ressortir des possibilités d'amélioration de la qualité. Le système de stadification du cancer le plus couramment utilisé est celui qui a été élaboré et est maintenu conjointement par l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) et l'Union internationale contre le cancer (UICC); il s'agit du système qui est utilisé à l'échelle du Canada aux fins de stadification de la plupart des cancers.

Cette section examine la disponibilité de données sur le stade et la répartition des stades au moment du diagnostic de cancer du sein.

ENCADRÉ 3.2

Recours à la scintigraphie osseuse, à la radiographie pulmonaire, à l'échographie du foie, à la tomodensitométrie et à la TEP aux fins de la stadification du cancer du sein

Chez la plupart des femmes atteintes du cancer du sein, plus particulièrement chez celles dont la maladie n'est pas métastatique, la détermination du stade est effectuée à la suite d'une chirurgie définitive et s'appuie fortement sur l'examen des tissus excisés réalisé par le pathologiste. On peut aussi avoir recours à la scintigraphie osseuse, à la radiographie pulmonaire, à l'échographie du foie, à la tomodensitométrie, et à la tomographie par émission de positrons (TEP) pour déceler une maladie métastatique et évaluer le stade. Des lignes directrices en vigueur depuis 2001 indiquent que ces examens ne sont pas recommandés systématiquement (avant ou après l'intervention chirurgicale) pour les femmes ayant récemment reçu un diagnostic de cancer du sein qui ne présentent pas de symptômes de métastases^{50,51}. En ce qui concerne les patientes présentant une tumeur de stade II dont la présence a été confirmée par un examen pathologique, il est recommandé de procéder à une scintigraphie osseuse après l'intervention chirurgicale dans le cadre de la stadification de base, et on peut avoir recours à l'échographie du foie et à la radiographie pulmonaire pour les patientes présentant au moins quatre ganglions lymphatiques positifs. En ce qui a trait aux patientes présentant une tumeur de stade III dont la présence a été confirmée par un examen pathologique, il est recommandé de procéder à une scintigraphie osseuse, à une échographie du foie et à une radiographie pulmonaire à la suite de l'intervention chirurgicale dans le cadre de la stadification de base. Le recours à la tomodensitométrie peut être envisagé pour les patientes atteintes d'un cancer de stade III.

Neuf provinces ont atteint l'objectif du Partenariat en matière de stadification concertée pour l'année de diagnostic 2010.

En ce qui a trait aux diagnostics posés en 2010, neuf provinces ont atteint l'objectif de l'initiative de stadification concertée du Partenariat, selon lequel des données de stadification doivent être disponibles dans le registre provincial sur au moins 90 % des cas de cancer du sein (le même objectif s'applique au cancer colorectal, au cancer de la prostate, et au cancer du poumon) [figure 3.5]ⁱ⁾. En fait, le taux de déclaration du stade du cancer du sein atteignait 100 % ou se situait très près de 100 % dans sept provinces. Grâce aux données de stadification recueillies auprès de la population, il est possible de

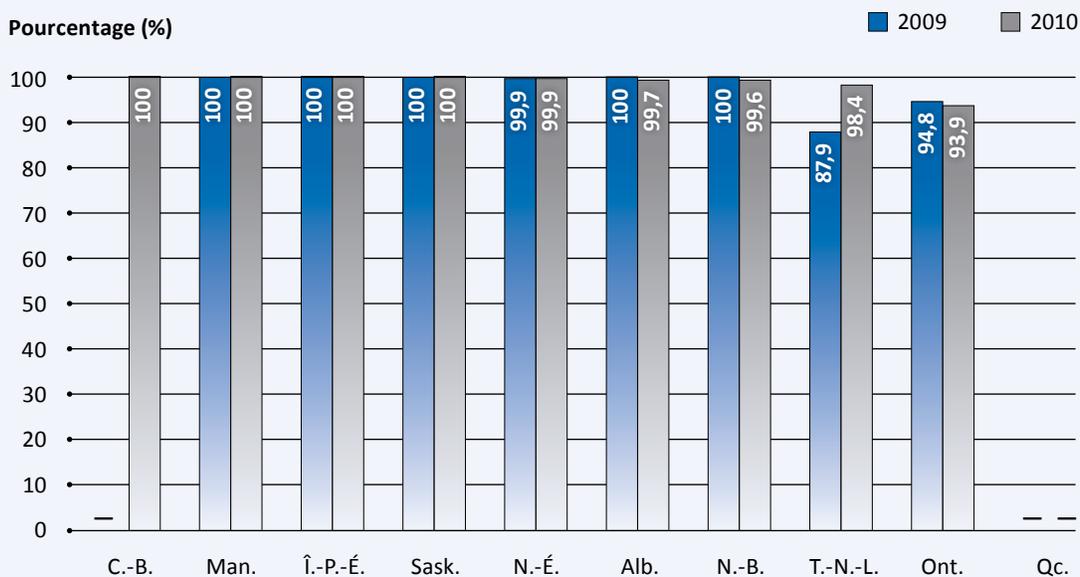
décrire plus précisément l'épidémiologie du cancer du sein au Canada (par exemple, la survie peut être calculée en fonction du stade une fois que l'on dispose de données de stadification complètes sur plusieurs années de diagnostic). Il est également possible d'effectuer des comparaisons interprovinciales concernant les indicateurs liés aux modèles de pratique (p. ex. concordance avec les lignes directrices). Par exemple, la section consacrée au traitement dans le présent rapport décrit des indicateurs permettant de mesurer le pourcentage de patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein de stade I ou II en 2009 qui ont subi un traitement conservateur du sein; cela ne serait pas possible sans les données de stadification recueillies auprès de la population.

90 %

L'objectif de l'initiative de stadification concertée du Partenariat, selon lequel des données de stadification doivent être disponibles dans le registre provincial sur au moins 90 % des cas de cancer du sein.

FIGURE 3.5

Pourcentage de nouveaux cas stadifiables pour lesquels des données de stadification sont disponibles dans les registres provinciaux – cancer du sein par province – 2009 et 2010



« — » Les données ne sont pas disponibles pour la C.-B. (2009) et le Qc. (2009 et 2010).

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

i) L'annexe IV décrit les méthodologies de collecte de données de stadification, y compris la stadification concertée et le codage *TNM* [tumeur, nodule ganglionnaire, métastases] établi par l'American Joint Committee on Cancer.

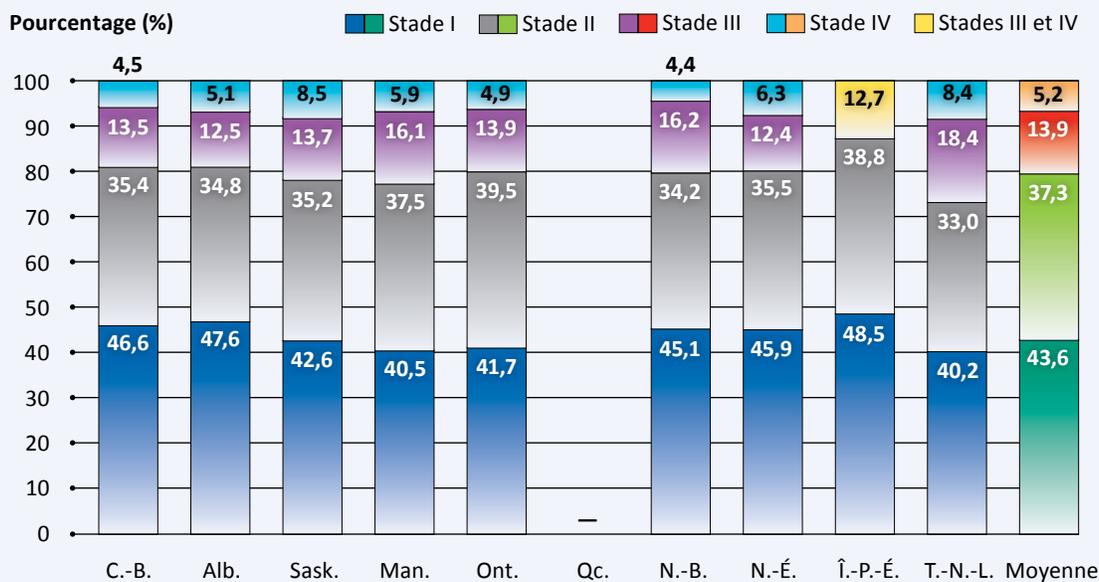
Au Canada, 80 % des cas de cancer du sein sont diagnostiqués au stade précoce de la maladie.

Comme le montre la [figure 3.6](#), plus de 80 % des cas de cancer du sein envahissant diagnostiqués en 2010 se situaient au stade précoce (I et II) de la maladie (les données n'étaient pas disponibles pour le Québec). Une certaine variation interprovinciale est évidente sur le plan de la répartition des stades du cancer du sein ([figure 3.6](#)). En 2010, Terre-

Neuve-et-Labrador comptait un pourcentage supérieur (27 %) de personnes ayant reçu un diagnostic de maladie à un stade avancé (stade III ou IV) par comparaison à la moyenne de 19 % des neuf provinces disposant de données sur le stade (en pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant). La moyenne globale de 5 % des cas de cancer du sein métastatique (stade IV) correspond à la moyenne de 5 % relevée dans le cadre du programme Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) des États-Unis⁵²:1.

FIGURE 3.6

Répartition selon le stade au moment du diagnostic des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant au Canada en 2010 par province



À compter de l'année de diagnostic 2010, la répartition selon le stade au niveau de la population permet d'établir des comparaisons valables de la répartition des stades dans l'ensemble des provinces.

Remarque : Les données relatives aux stades III et IV sont combinées pour l'Î.-P.-É. parce que les volumes de cas sont peu élevés.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour le Qc.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

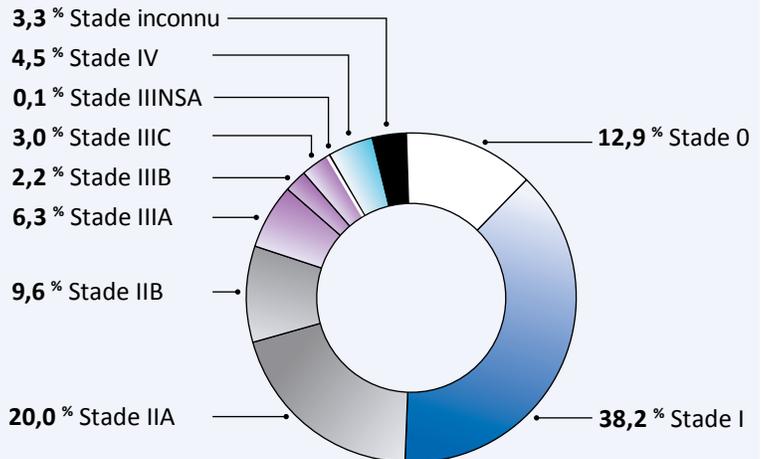
j) Les données tirées du programme SEER sont fondées sur un échantillon d'établissements de traitement du cancer répartis dans 18 régions géographiques (y compris 10 États) à l'échelle des États-Unis.

La [figure 3.7](#) indique la répartition des cas de cancer du sein dans l'ensemble des huit provinces déclarantes en 2010, selon le stade précis, y compris le stade 0 et le stade inconnu. Les données sur les stades précis (p. ex. stade IIB, stade IIIA) sont utiles en ce sens que certains protocoles de traitement sont précisés de façon détaillée⁵³. Près de 13 % des cas de cancer du sein étaient de stade 0 (ce qui comprend principalement des carcinomes *in situ* comme le CCIS) dans les huit provinces déclarantes. Dans l'ensemble, 3,3 % des cas étaient de stade inconnu; il s'agit de cas pour lesquels l'information disponible dans les dossiers des patients n'était pas suffisante pour déterminer le stade ou des cas répertoriés uniquement à partir d'un certificat de décès. À des fins de comparaison, mentionnons que 2 % des cas déclarés dans le cadre du programme SEER des États-Unis étaient de stade inconnu⁵². En 2010, le pourcentage de cas dont le stade était inconnu, selon la province, variait de 0,6 % à 5,6 % pour les neuf provinces déclarantes; voir l'[annexe III](#) pour de plus amples renseignements à ce sujet.

FIGURE 3.7

Répartition selon le stade au moment du diagnostic des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en 2010, Canada

Pourcentage (%)



Remarque : Le stade 0 comprend les cas *in situ*. NSA signifie stade non spécifié autrement.

Les données comprennent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É., et la Sask. L'Ont. est exclue parce que la province ne déclare pas les cas *in situ*.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Les résultats du dosage des biomarqueurs tumoraux guident les décisions concernant le traitement des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein.

On retrouve à la surface de la plupart des cellules du cancer du sein des récepteurs spécifiques d'hormones ou de facteurs de croissance qui sont essentiels à la croissance de ces cellules. Ces récepteurs peuvent être utilisés comme cibles de médicaments pour inhiber la croissance de tumeurs. Le fait de savoir que des marqueurs tumoraux spécifiques sont présents peut être utile pour la sélection de la pharmacothérapie adjuvante appropriée. Ces marqueurs tumoraux peuvent être évalués à partir d'un échantillon prélevé par biopsie par forage ou lors d'une résection chirurgicale.

Les biomarqueurs les plus couramment utilisés pour prévoir la réponse au traitement sont les récepteurs d'œstrogènes (ER) et les récepteurs de la progestérone (PR). Un groupe de travail mis sur pied par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) a recommandé que toutes les femmes présentant un cancer primaire envahissant du sein subissent un test visant à déterminer le statut des récepteurs ER et PR⁵⁴. On ne dispose pas de données probantes suffisantes pour recommander la détermination systématique du statut des récepteurs ER et PR pour les femmes présentant un CCIS ou une maladie métastatique⁵⁵.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant au stade précoce chez lesquelles au moins 1 % des cellules cancéreuses du sein comportent des récepteurs d'œstrogènes (ER positives) ont un meilleur pronostic que les patientes ER négatives. Les femmes ER positives tirent généralement des bienfaits d'une hormonothérapie adjuvante (tamoxifène ou un inhibiteur d'aromatase) qui réduit le risque de récurrence et améliore la survie^{54, 56}. Ce traitement ne procure pas de bienfaits similaires aux patientes ER négatives. Le consensus général quant au statut des récepteurs PR est qu'à lui seul, celui-ci a une valeur pronostique mais n'est pas un bon prédicteur de la réponse au traitement hormonal^{54, 56}.

Un autre marqueur tumoral utile dans la prise en charge du cancer du sein est la protéine du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2). Un autre groupe de travail du NCCN a recommandé que toutes les femmes présentant un cancer du sein envahissant subissent un test de dosage des récepteurs HER2⁵⁷. Les cellules du cancer du sein qui produisent une quantité excessive de la protéine membranaire HER2 ou de copies du gène qui la régite (HER2 positives) tendent à être plus agressives et répondent moins bien au traitement hormonal. Cependant, les traitements qui ciblent expressément la protéine de surface HER2 sont efficaces, y compris le trastuzumab (Herceptine), qui peut être utilisé comme traitement adjuvant ou pour le traitement de la maladie métastatique⁵⁸.

Pour offrir un traitement efficace, il est important de pouvoir procéder rapidement à des tests d'immunohistochimie précis.

L'immunohistochimie est la méthode standard de dosage des biomarqueurs du cancer du sein.

La méthode standard actuelle de détermination du statut des récepteurs d'hormones est l'immunohistochimie (IHC), qui permet d'identifier des marqueurs protéiques spécifiques dans les tissus tumoraux. Le dosage des récepteurs ER et PR est majoritairement effectué à partir d'échantillons prélevés lors d'une résection chirurgicale, mais il peut être réalisé à partir de biopsies par forage⁵⁸. Compte tenu de l'importance que revêt le statut des récepteurs d'hormones dans la détermination du traitement adjuvant approprié, il est essentiel de réaliser avec précision le dosage des récepteurs ER et PR chez les patientes atteintes de cancer du sein^{54, 59, 60}. Le dosage par IHC précis et fiable est une question clé : des taux élevés de faux négatifs ont été signalés (20 % à 60 %). Dans de tels cas, il se peut que les femmes ne reçoivent pas le traitement le plus efficace. L'American Society of Clinical Oncology et le College of American Pathologists ont publié des lignes directrices sur le dosage des facteurs prédictifs du cancer du sein, qui visent à normaliser et à améliorer l'exactitude et la qualité du dosage par IHC^{59, 60}. Action cancer Ontario, dans le cadre du Programme de soins

fondés sur la recherche, a aussi publié une ligne directrice dans un but similaire⁶¹.

Le dosage de HER2 peut être effectué par IHC ou par hybridation *in situ* (HIS)⁵⁷. Toutefois, les résultats d'un programme de vérification mené en Australie indiquent que cette dernière pourrait être une méthode plus fiable pour le

dosage de HER2⁶². La recommandation consensuelle concernant le dosage de HER2 aux États-Unis et au Canada est d'avoir recours en premier lieu à l'IHC, qui est plus rentable, et de réaliser un nouveau test de dosage pour les cas limites à l'aide d'une méthode d'HIS (HIS en fluorescence, à l'argent, ou chromogénique)^{58, 63}.

ENCADRÉ 3.3

Contrôle de la qualité du dosage par immunohistochimie au Canada

Bien que le dosage par IHC soit souvent exécuté, il n'existe aucun organisme national d'accréditation chargé d'évaluer les pratiques actuelles et de veiller au respect de normes. Toutefois, plusieurs programmes externes de dosage par IHC à des fins diagnostiques sont disponibles, comme ceux offerts par le College of American Pathologists et le Nordic immunohistochemical Quality Control⁶⁴. Au Canada, une initiative volontaire de contrôle de la qualité en immunohistochimie appuyée par l'Association canadienne des pathologistes, intitulée Canadian Immunohistochemistry Quality Control (CIQC), permet aux laboratoires participants d'examiner leurs résultats et de les comparer avec ceux d'autres laboratoires dans le but de cerner et de régler toute préoccupation rapidement⁶⁴. Certaines provinces ont établi des programmes obligatoires d'assurance de la qualité concernant le dosage par IHC. En Ontario, par exemple, tous les laboratoires qui effectuent le dosage par IHC doivent participer à un programme de gestion de la qualité pour satisfaire aux exigences d'accréditation⁶⁵.

Le dosage des récepteurs hormonaux ER et PR est effectué pour la plupart des femmes atteintes de cancer du sein.

Le premier indicateur examine l'utilisation des tests de dosage des récepteurs hormonaux ER et PR. En ce qui concerne les neuf organismes provinciaux de lutte contre le cancer qui ont déclaré l'utilisation des tests de dosage des récepteurs ER et PR en 2010, 95 % des femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010 ont subi un test de dosage des récepteurs ER, un test de dosage des récepteurs PR, ou ces deux types de

tests. Il y avait peu de variation sur le plan du dosage entre les neuf provinces ayant déclaré le dosage des récepteurs ER et PR (la fourchette se situait entre 92,2 % et 98,1 %).

Le pourcentage de patientes atteintes de cancer du sein envahissant qui ont subi un dosage ayant révélé qu'elles étaient ER ou PR positives (ou ER et PR positives) dans les neuf provinces déclarant leurs pratiques de dosage allait de 83,5 % au Nouveau-Brunswick à 89 % en Alberta, et la moyenne globale était de 85 % (figure 3.8). Ce taux cadre avec le taux de 75 % à 85 % des cancers du sein que l'on prévoit être ER ou PR positifs⁶⁵.

ENCADRÉ 3.4

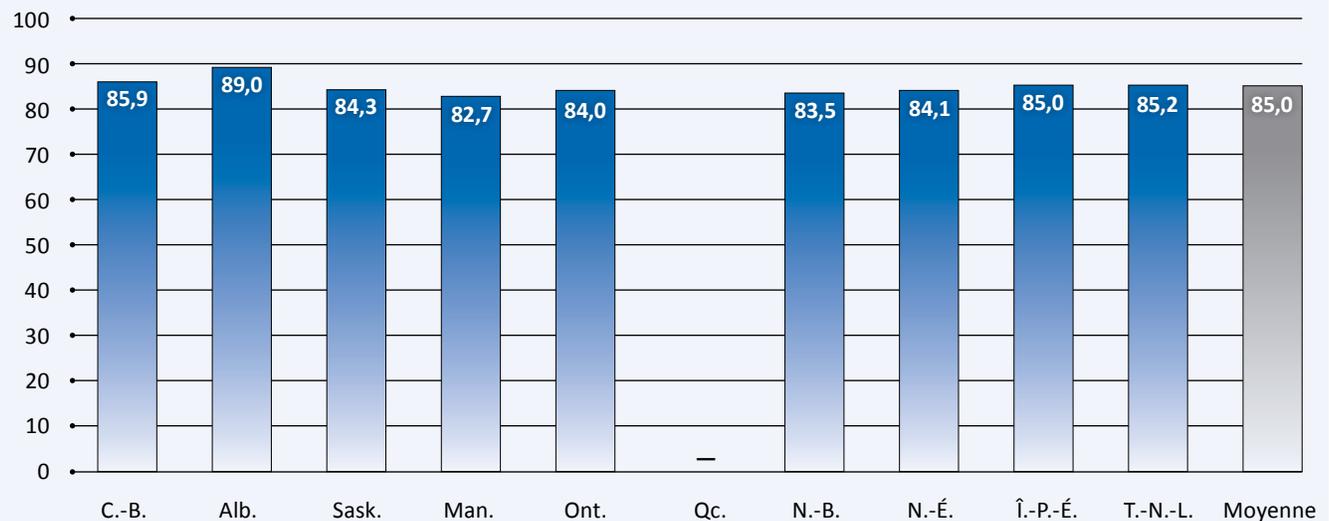
Note interprétative des indicateurs liés aux récepteurs ER et PR

Le statut des récepteurs ER et PR est le plus utile lorsqu'il est évalué en plus des renseignements sur le type, le grade et le stade histologiques du cancer du sein. Étant donné qu'il n'existe pas de données valides concernant le stade pour l'ensemble des provinces et des territoires, les données relatives au dosage des récepteurs ER et PR selon le stade ne sont pas disponibles auprès de tous les organismes provinciaux de lutte contre le cancer. L'information disponible sur le recours au dosage des récepteurs ER et PR est présentée ici à titre de première étape vers une meilleure compréhension de son utilisation au Canada. Ces résultats ne sont pas présentés en vue d'évaluer le rendement des provinces et des territoires, mais plutôt en vue de donner un premier aperçu des profils de dosage au Canada.

FIGURE 3.8

Pourcentage de femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010 qui ont subi un test de dosage des récepteurs ER, des récepteurs PR (ou les deux) dont les résultats se sont révélés positifs par province

Pourcentage (%)



Pourcentage ayant subi un test de dosage des récepteurs ER ou PR

97,0 98,0 96,0 97,2 92,2 — 97,9 95,4 97,1 98,1 94,7

Les données présentées dans le diagramme de barres comprennent les femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010, dont le cancer a été stadifié et qui ont subi un test de dosage des récepteurs ER ou PR.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour le Qc.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Le pourcentage de femmes présentant un cancer du sein envahissant pour lesquelles des tests de dosage des récepteurs HER2 sont effectués variait de 87 % à 96 % à l'échelle des provinces.

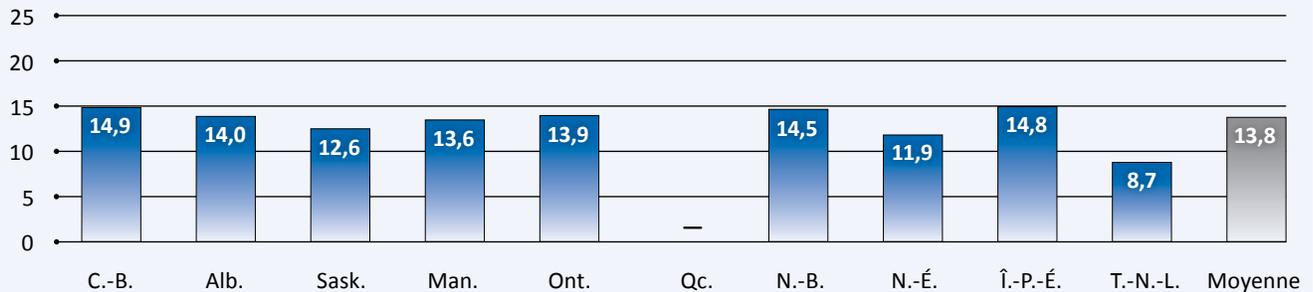
Le pourcentage de femmes présentant un cancer du sein envahissant qui ont subi un test de dosage des récepteurs HER2 en 2010 variait de 87 % à 96 % dans les neuf provinces qui fournissent des données sur le dosage. Quatorze pour cent (14 %) des femmes pour lesquelles un test de dosage a été ordonné se sont révélées HER2

positives. La positivité du dosage allait de 8,7 % à 14,8 % dans les neuf provinces fournissant des renseignements sur leurs résultats de dosage (figure 3.9). Afin de mettre ces constatations en perspective, mentionnons que la documentation laisse entendre que la positivité HER2 relevée chez les femmes présentant un cancer du sein envahissant peut varier de 15 % à 25 %^{53,66}, mais des différences entre les définitions utilisées peuvent limiter l'applicabilité de cette comparaison.

FIGURE 3.9

Pourcentage de femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010 qui ont subi un test de dosage des récepteurs HER2 dont les résultats se sont révélés positifs par province

Pourcentage (%)



Pourcentage ayant subi un test de dosage des récepteurs HER2

93,5 96,0 93,6 89,6 87,3 — 90,5 89,0 89,1 93,3 90,3

Les données présentées dans le diagramme de barres comprennent les femmes présentant un cancer du sein envahissant nouvellement diagnostiqué en 2010, dont le cancer a été stadifié et qui ont subi un test de dosage des récepteurs HER2.

Remarque : Pour le T.-N.-L., le dosage des récepteurs HER2 a été réalisé à l'extérieur de T.-N.-L. dans un laboratoire centralisé.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour le Qc.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Conclusion

L'établissement du diagnostic du cancer du sein est complexe, comporte de nombreuses étapes, et fait appel à des analyses de laboratoire poussées. Il est nécessaire d'obtenir des résultats diagnostiques précis et en temps opportun pour accélérer l'administration d'un traitement adapté aux circonstances cliniques individuelles des femmes concernées. La présente section fournit des renseignements sur l'état de certains indicateurs liés aux aspects du processus de diagnostic.

En ce qui concerne les femmes qui subissent un dépistage du cancer du sein dans le cadre de programmes provinciaux organisés, il semble que la résolution des résultats suspects de tests de dépistage accuse des retards dépassant les temps d'attente cibles établis par un groupe de travail de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Les retards sont particulièrement longs dans le cas des femmes ayant besoin d'une biopsie.

Dès l'année de diagnostic 2010, neuf provinces avaient atteint les objectifs fixés par le Partenariat concernant la communication de données de

stadification exhaustives et normalisées à l'aide de la stadification concertée. D'après les rapports à cet égard, 80 % des cas de cancer du sein envahissant au Canada sont diagnostiqués à un stade précoce (stade I ou II). Il existe des variations sur le plan de la répartition des stades au moment du diagnostic selon la province : certaines provinces comptent un pourcentage relativement élevé de femmes recevant un diagnostic à un stade avancé, alors que le pronostic est moins favorable.

Le présent rapport donne un premier aperçu du dosage des récepteurs ER, PR et HER2 au Canada et, dans les cas où les provinces disposent de données à ce sujet, l'adoption du dosage semble être élevée, et les taux de positivité ER et PR cadrent avec ceux prévus d'après la documentation.

Les futurs efforts de collecte de données viseront à élargir la portée des indicateurs sur le diagnostic de cancer et à tirer profit des nouveaux ensembles de données portant notamment sur l'anatomopathologie synoptique et la radiologie.

Traitement du cancer du sein

SECTION QUATRE

FIGURE 4.1

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies par province – pour la période globale de 2007 à 2009
P. 48

FIGURE 4.2

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies selon le groupe d'âge, Canada – pour la période globale de 2007 à 2009
P. 49

FIGURE 4.3

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies selon le quintile de revenu, Canada – pour la période globale de 2007 à 2009
P. 49

FIGURE 4.4

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies selon le temps de déplacement pour se rendre de la résidence au centre de radiothérapie le plus près, en minutes, Canada – pour la période globale de 2007 à 2009
P. 50

FIGURE 4.5

Temps d'attente en radiothérapie pour le cancer du sein – médian et 90^e centile par province – 2011
P. 52

FIGURE 4.6

Pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui subissent une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic par province – patientes ayant reçu un diagnostic en 2009
P. 53

FIGURE 4.7

Pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui suivent une radiothérapie, par opposition au pourcentage de celles qui subissent une chirurgie conservatrice du sein par province – 2009 pour ce qui est de la radiothérapie, de 2007 à 2009 pour ce qui est de la chirurgie
P. 54

FIGURE 4.8

Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui suivent une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein, radiothérapie entreprise dans les 270 jours suivant la chirurgie par province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2009
P. 55

FIGURE 4.9

Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui suivent une radiothérapie, entreprise dans l'année suivante + 270 jours après l'obtention du diagnostic par province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2007, 2008 et 2009
P. 56

FIGURE 4.10

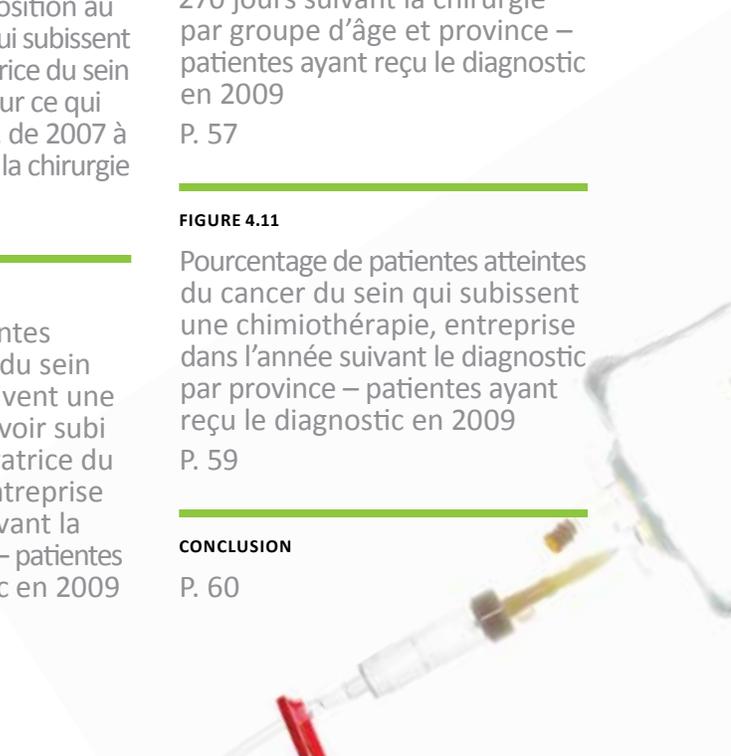
Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui suivent une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein, entreprise dans les 270 jours suivant la chirurgie par groupe d'âge et province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2009
P. 57

FIGURE 4.11

Pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui subissent une chimiothérapie, entreprise dans l'année suivant le diagnostic par province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2009
P. 59

CONCLUSION

P. 60



Traitement du cancer du sein

Le traitement du cancer du sein est complexe et peut associer plusieurs modes de thérapie.

Cette section présente un certain nombre d'indicateurs du système ayant trait au traitement du cancer du sein. Outre qu'il exige de nombreuses ressources, le traitement du cancer du sein est souvent multimodal, nécessitant le recours à la chirurgie ou radiothérapie, ou les deux, dans le cas d'un cancer localisé, et à la chimiothérapie, thérapie ciblée (comme le trastuzumab) ou thérapie endocrinienne (comme le tamoxifène) dans celui d'un cancer localisé ou d'un cancer ayant atteint un stade plus avancé. Le traitement du cancer du sein vise également à :

- Éradiquer la (les) tumeur(s) primitive(s) et prévenir toute propagation régionale
- Prévenir la récurrence locale
- Prévenir la récurrence à distance
- Prolonger la survie ou prévenir les décès
- Atténuer les symptômes et réduire au minimum les effets secondaires

Un riche corpus de travaux de recherche sur le cancer du sein (voir la section Recherche), notamment un certain nombre d'essais cliniques, a permis d'orienter l'élaboration d'une vaste gamme de directives relatives au traitement et de normes régissant les soins. Ces directives renferment des recommandations sur l'utilisation



de la chirurgie, de la radiothérapie et de la thérapie systémique de même que sur les soins de soutien et le suivi en vue d'atteindre les résultats susmentionnés. *L'accès équitable et en temps opportun* au traitement, conformément aux *lignes directrices fondées sur des données probantes*, constitue la norme pour la prestation de soins efficaces.

Le caractère équitable, qui est l'un des volets de la norme, est mesuré dans la présente section grâce aux indicateurs des taux de traitement globaux selon l'âge, la situation socioéconomique et la géographie. Les temps d'attente permettent de mesurer l'accès aux soins en temps opportun. La concordance avec certaines directives relatives au traitement est étudiée du point de vue pancanadien et pour chaque province.

La première série d'indicateurs porte sur le recours à la mastectomie plutôt qu'à la chirurgie conservatrice du sein dans le cadre du traitement chirurgical du cancer du sein. Des comparaisons des taux de mastectomie sont établies selon la province, l'âge du patient, le revenu du quartier et le temps de déplacement pour se rendre au

centre de radiothérapie. Vient ensuite l'examen de l'utilisation de la radiothérapie globalement et au stade initial du cancer du sein, entre autres le traitement adjuvant faisant suite à la chirurgie conservatrice du sein (CCS). Les liens entre les fluctuations interprovinciales des taux de mastectomie et des taux de radiothérapie sont également examinés. Les temps d'attente pour la radiothérapie sont présentés en fonction d'objectifs reconnus à l'échelon national. En dernier lieu, sont établies des comparaisons par province du pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein qui suivent une chimiothérapie. Compte tenu des limites actuelles des données dans bon nombre de provinces, il est impossible de communiquer des renseignements significatifs sur l'hormonothérapie en dépit de l'importance de cette mode de traitement du point de vue de l'obtention de meilleurs résultats.

Veillez noter qu'à moins d'avis contraires, tous les indicateurs présentés dans cette section se rapportent uniquement au cancer du sein envahissant.

ENCADRÉ 4.1

Interprétation des indicateurs liés au traitement

Les indicateurs dont il est fait état dans la présente section sont fondés sur des bases de données administratives et visent à cerner les éventuelles possibilités d'amélioration de la qualité qui nécessiteraient un examen plus poussé à l'aide de méthodes d'évaluation plus détaillées. Bon nombre de facteurs sont pris en considération dans la planification du traitement. Au nombre des facteurs ayant trait au cancer, signalons le stade de la maladie de même que la pathologie et l'histologie de la tumeur (p. ex. le statut des récepteurs hormonaux). L'âge d'une femme, son statut ménopausique, son statut génétique indiquant le risque (p. ex. mutations du gène BRCA), son état de santé et ses préférences en matière de soins de santé sont également des déterminants clés du choix de la thérapie⁵³.

À des fins d'analyse, il est possible d'avoir accès à des données tirées des dossiers administratifs se rapportant à certains de ces facteurs mais non pas à tous. Des renseignements provenant de dossiers médicaux ou d'autres sources peuvent être utilisés pour étudier plus à fond les fluctuations des tendances de la pratique et donner un aperçu des stratégies d'amélioration de la qualité. Cette synthèse plus exhaustive des renseignements disponibles est requise pour que nous puissions nous prononcer avec plus de certitude sur la qualité des soins.

Dans les diagrammes comparant les résultats provinciaux, les provinces sont habituellement classées par ordre décroissant ou ascendant afin de faciliter les comparaisons visuelles. Ce mode de classement ne vise pas à établir le rang selon le « meilleur » ou le « pire » rendement.

La plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein au stade initial font l'objet d'une chirurgie conservatrice du sein et d'une radiothérapie ou mastectomie.

La plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique sont des candidates pour la chirurgie, soit la CCS ou la mastectomie⁵³. La CCS (également appelée lumpectomie ou résection segmentaire) vise l'excision complète de la tumeur du sein et d'une marge de tissu sain; la mastectomie est l'ablation de tout le sein. La CCS suivie d'une radiothérapie (ce qu'on appelle le traitement conservateur du sein ou TCS) est moins invasive que la mastectomie, présente plus d'avantages sur le plan de la cosmésie et du point de vue psychologique mais la survie est comparable. Par conséquent, le TCS est d'ordinaire recommandé pour la plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein au stade I ou II⁶⁷.

Cette recommandation en faveur du traitement moins envahissant découle de la constatation qu'il n'existe aucune différence du point de vue de la survie globale entre les patientes atteintes d'un cancer du sein en phase initiale qui ont subi une mastectomie ou un TCS⁶⁸⁻⁷⁰. Il a été démontré que les femmes qui subissent un TCS, en particulier les jeunes femmes, courent un risque plus élevé de récurrence locale, comparativement à celles qui choisissent la mastectomie. Toutefois, il a été démontré que l'endocrinothérapie adjuvante était efficace pour réduire le risque de récurrence et favoriser la survie sans récurrence dans le cas des femmes qui suivent un TCS⁷¹.

Les facteurs suivants, parmi d'autres, peuvent influencer sur la décision d'opter pour une mastectomie plutôt que pour une CCS dans le cas des femmes atteintes d'un cancer du sein au stade initial⁷²⁻⁷⁵ :

- Des facteurs cliniques, par exemple la présence d'une maladie multicentrique, l'exposition antérieure à la radiothérapie de la paroi thoracique, la collagénose avec manifestations vasculaires ou la grossesse

- Le manque d'accès à la radiothérapie ou l'indisponibilité de celle-ci (la radiothérapie étant recommandée à la suite d'une CCS), ou le désir d'éviter de subir une radiothérapie (qui, souvent, n'est pas recommandée après la mastectomie)
- L'acceptation de la reconstruction mammaire et l'accès à cette chirurgie
- Le désir de ne pas subir de mammographie de dépistage du cancer du sein ipsilatéral
- Le plus faible risque perçu de récurrence locale, en particulier chez les femmes présentant un risque génétique accru en raison de leurs antécédents familiaux ou de leur jeune âge (moins de 35 ans) même si, dans de tels cas, la mastectomie ne contribue pas nécessairement à atténuer le risque de récurrence.

Certaines femmes qui se soumettent d'abord à une CCS subissent ensuite une nouvelle excision pour enlever d'autres tissus ou une mastectomie dans le cadre du traitement de leur cancer. Cela peut se produire si, dans le cas d'une pathologie, il subsiste des marges positives (cellules cancéreuses près du pourtour du tissu cancéreux) à la suite d'une CCS ou d'une réintervention de CCS. À l'étape de l'évaluation des taux de mastectomie aux fins d'examen des politiques et d'amélioration de la qualité, il est instructif de faire la distinction entre les mastectomies pratiquées dans les cas suivants : (1) la patiente est une candidate à la CCS mais ce traitement n'est pas offert ou n'est pas accepté, (2) il existe dans le cas de la patiente une contre-indication absolue ou relative au TCS, et (3) la patiente a d'abord subi une CCS et, par la suite, une mastectomie (p. ex. en raison de l'existence de marges positives).

La CCS suivie d'une radiothérapie est moins invasive que la mastectomie, présente plus d'avantages sur le plan de la cosmésie et du point de vue psychologique, mais la survie est comparable.

Au Canada, presque 40 % des résections en cas de cancer du sein sont des mastectomies, mais les taux provinciaux varient fortement.

La [figure 4.1](#) donne à voir le pourcentage de résections chirurgicales qui sont des mastectomies pratiquées sur des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein unilatéral envahissant, selon la province. Sont incluses dans le taux *indiciel* les femmes ayant d'abord subi une mastectomie et, dans le taux *final*, celles qui ont subi en premier lieu une mastectomie et celles chez qui cette intervention a été pratiquée à la suite d'une CCS. Dans l'ensemble, presque 40 % des femmes atteintes d'un cancer du sein et ayant fait l'objet d'une procédure chirurgicale initiale au cours de la période allant de 2007 – 2008 à 2009 – 2010 ont subi une mastectomie (60 % d'entre elles ont eu une CCS).

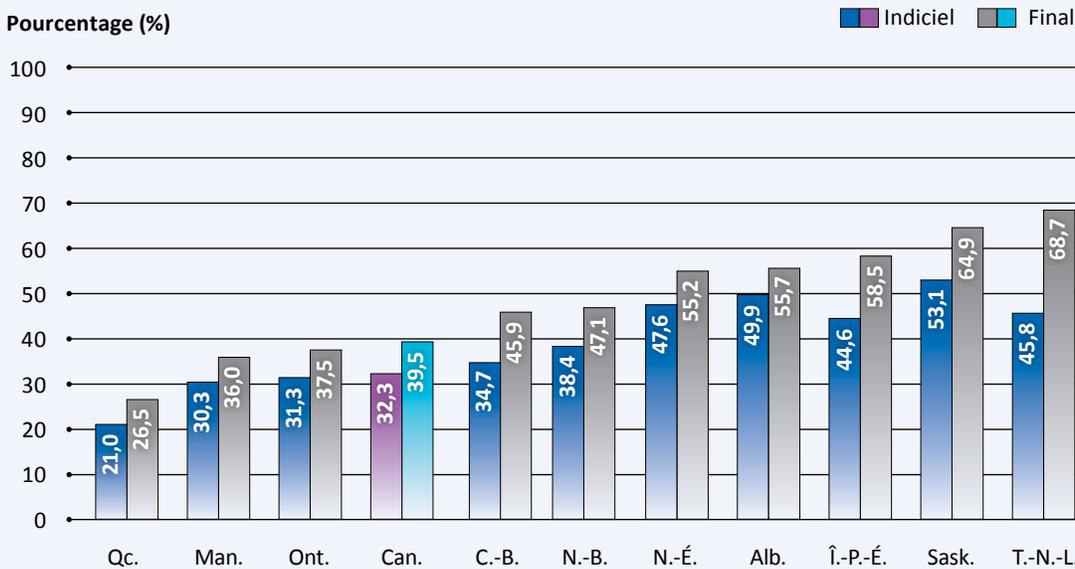
L'examen des données selon la province révèle que le taux final de mastectomie varie, le plus faible, soit 26,5 %, ayant été enregistré au Québec et le plus élevé, soit 68,7 %, ayant été observé à Terre-Neuve-et-Labrador. Ce large éventail de taux semble indiquer une forte divergence des pratiques d'une province à l'autre. L'établissement de comparaisons entre les taux indiciel et final permet d'approfondir l'analyse de la variation interprovinciale. Par exemple, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux final de mastectomie le plus élevé, son taux indiciel était plus près de la moyenne. Cette constatation laisse croire qu'un pourcentage assez élevé de patientes de cette

province subissent éventuellement une mastectomie après avoir, dans un premier temps, fait l'objet d'une CCS. En revanche, le taux final de mastectomie en Alberta est inférieur de 13 points de pourcentage à celui de Terre-Neuve-et-Labrador, mais le taux indiciel de cette province est supérieur de quatre points de pourcentage. Cela s'explique par le fait que dans cette province le nombre de patientes qui subissent d'abord une CCS et ont ensuite une mastectomie est relativement faible, comparativement à Terre-Neuve-et-Labrador.

Les analyses préliminaires donnent à penser que cet écart est en partie attribuable au taux d'utilisation de la biopsie par forage, par opposition à la biopsie par excision ouverte, selon la province. Cela pose problème, car les codes de procédure courants ne font pas la différence entre la biopsie par excision ouverte et la CCS, cette restriction méthodologique ayant une incidence sur la capacité d'établir une distinction entre les cas où la patiente fait, dans un premier temps, l'objet d'une CCS et, par la suite, d'une mastectomie et ceux où une biopsie par excision ouverte est d'abord pratiquée sur la patiente avant que celle-ci ne subisse une CCS ou une mastectomie. La corrélation entre les taux de mastectomie, indiciel et final et les facteurs qui les alimentent, sont des éléments importants dont il faut tenir compte à l'étape de l'élaboration des mesures devant être prises en réponse aux résultats de ces indicateurs.

FIGURE 4.1

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies* par province – pour la période globale de 2007 à 2009



* Sont incluses dans les données relatives à la mastectomie les femmes qui subissent d'abord une mastectomie (taux indiciel) de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie (taux final). Comprend les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral envahissant ayant subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

Sources de données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness.

Selon certaines données, les femmes plus jeunes et plus riches aux États-Unis préfèrent avoir une mastectomie plutôt qu'une CCS⁷⁴. Ces femmes acceptent plus facilement de subir une mastectomie en raison de la gravité de leur maladie, du risque de progression de celle-ci, de facteurs génétiques ou du fait qu'elles sont d'accord pour subir une chirurgie de reconstruction du sein et qu'elles ont accès

à cette intervention. La [figure 4.2](#) donne à voir le taux pancanadien de mastectomie selon le groupe d'âge pour les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral envahissant. Pour les femmes de moins de 40 ans et celles de 80 ans et plus, les taux de mastectomie sont supérieurs de 10 à 15 points de pourcentage à ceux des femmes de 40 à 79 ans.

Les taux de mastectomie sont plus élevés parmi les femmes faisant partie des catégories de faible revenu et celles qui habitent loin des centres de radiothérapie.

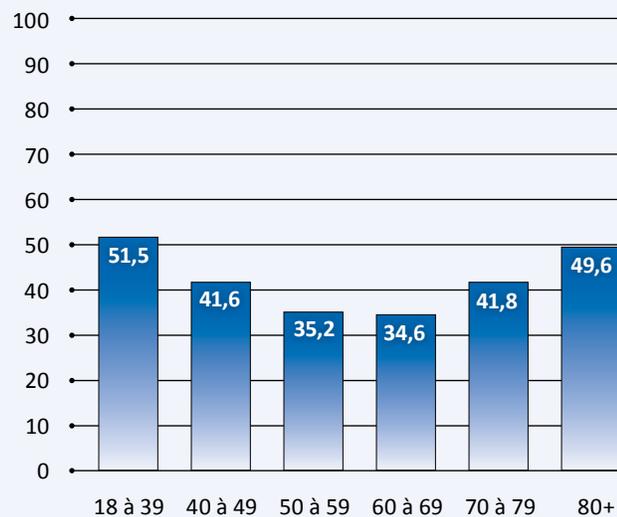
La [figure 4.3](#) montre le taux pancanadien de mastectomie par quintile de revenu sectoriel (établi à partir du code postal de la patiente)

pour les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral envahissant. Les taux de mastectomie diminuent à mesure que le revenu augmente, le taux pour le quintile de revenu le plus faible dépassant de plus de six points de pourcentage celui établi pour le quintile de revenu le plus élevé. Ce résultat concorde avec les tendances relevées dans d'autres études⁷⁶.

FIGURE 4.2

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies* selon le groupe d'âge, Canada – pour la période globale de 2007 à 2009

Pourcentage (%)



* Sont incluses dans les données relatives à la mastectomie les femmes qui subissent d'abord une mastectomie (taux indiciel) de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie (taux final).

Comprend les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral envahissant ayant subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

Sources de données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness.

FIGURE 4.3

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies* selon le quintile de revenu, Canada – pour la période globale de 2007 à 2009



* Sont incluses dans les données relatives à la mastectomie les femmes qui subissent d'abord une mastectomie (taux indiciel) de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie (taux final).

Comprend les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral envahissant ayant subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

Sources de données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness.

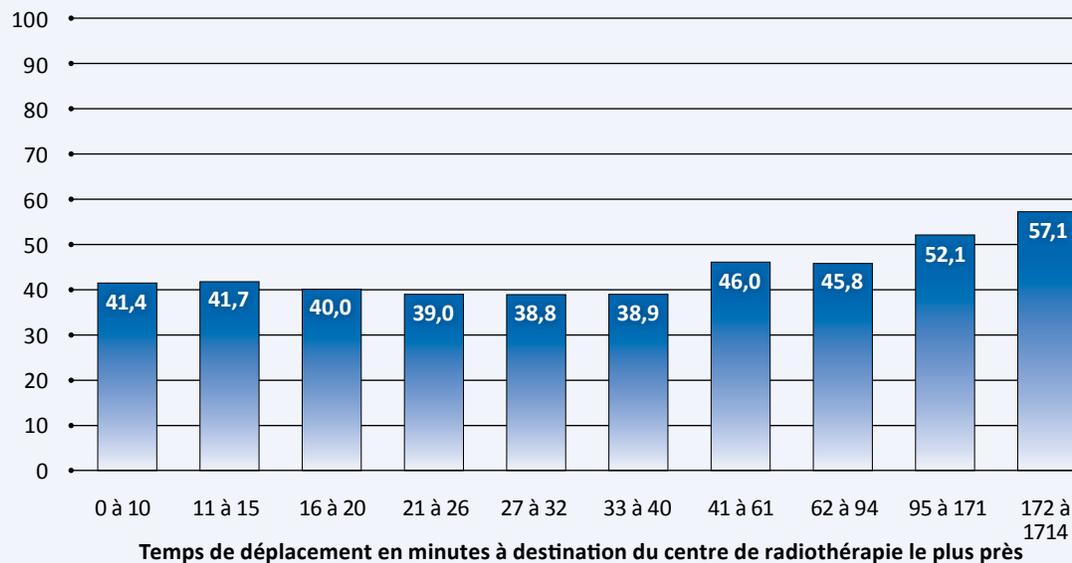
Certaines données probantes laissent croire que les femmes qui vivent en milieu rural ont plus de chances de subir une mastectomie que celles vivant en milieu urbain⁷⁷⁻⁷⁹. Il est possible que les femmes qui vivent dans des collectivités rurales aient plus difficilement accès à des établissements offrant des services de radiothérapie. Elles peuvent alors choisir de subir une mastectomie pour éviter les perturbations associées aux nombreux déplacements pour se rendre au centre de traitement et en revenir. La [figure 4.4](#) donne à voir les taux de mastectomie dans l'ensemble du Canada selon la durée du trajet, à l'aller ou au retour seulement, à

destination du centre de radiothérapie le plus près. Le taux est constant jusqu'à ce que la durée du trajet, à l'aller ou au retour seulement, dépasse 40 minutes (6^e décile); il progresse alors de sept points de pourcentage. Le taux de mastectomie augmente d'un autre six points de pourcentage dans le cas des trajets de plus de 95 minutes et s'établit à 57 % pour les trajets qui, à l'aller ou au retour seulement, durent plus de 172 minutes. Il n'est pas clairement établi dans quelle mesure ces tendances (y compris celles se rapportant à la pratique clinique) sont attribuables à des obstacles liés à la durée du trajet ou à d'autres facteurs associés à la ruralité.

FIGURE 4.4

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies* selon le temps de déplacement pour se rendre de la résidence au centre de radiothérapie le plus près, en minutes, Canada – pour la période globale de 2007 à 2009

Pourcentage (%)



Certaines données probantes laissent croire que les femmes qui vivent en milieu rural ont plus de chances de subir une mastectomie que celles vivant en milieu urbain.

*Sont incluses dans les données relatives à la mastectomie les femmes qui subissent d'abord une mastectomie (taux indiciel) de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie (taux final).

Comprend les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral envahissant ayant subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

Les intervalles de temps de déplacement en voiture représentent les seuils des déciles fondés sur la répartition des temps réels de déplacement en voiture.

Sources de données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness.

La radiothérapie est un moyen clé de traiter et de gérer le cancer du sein.

La radiothérapie occupe une place importante dans la gestion du cancer du sein. Dans la lutte contre le cancer du sein, la radiothérapie est le plus souvent utilisée à l'étape postopératoire (thérapie adjuvante) afin de réduire le risque de récurrence, en particulier chez les patientes subissant une CCS. Elle est également administrée à certaines patientes atteintes d'un cancer du sein avec ganglions positifs ou d'une maladie localement avancée, abstraction faite du type de chirurgie (CCS ou mastectomie). La radiothérapie est parfois administrée au stade préopératoire à des patientes atteintes d'une maladie localement avancée qui ne réagissent pas à la chimiothérapie préopératoire. Au nombre des autres utilisations de la radiothérapie pour lutter contre le cancer du sein, mentionnons les traitements palliatifs visant à atténuer la douleur ou les symptômes^{53, 80}.

Selon les lignes directrices fondées sur des données probantes, les femmes atteintes d'un cancer du sein au stade initial (stade I ou II) qui subissent une CCS doivent suivre une radiothérapie adjuvante afin de réduire le risque de récurrence, à moins que celle-ci ne soit contre-indiquée dans leur cas^{53, 81}. Bien que la radiothérapie adjuvante doive être envisagée dans le cas de la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une CCS, il n'existe pas au Canada d'objectifs de rendement formels concernant l'utilisation de la radiothérapie adjuvante à la suite d'une CCS. Il est difficile d'établir de tels objectifs, car, pour certaines patientes (p. ex. celles atteintes d'une maladie du tissu conjonctif ou celles pour lesquelles la radiothérapie a déjà été utilisée pour traiter un même siège de cancer), les risques associés à la radiothérapie peuvent l'emporter sur les avantages. Dans le cas de ces patientes, la mastectomie peut représenter la meilleure option de traitement. Qui plus est, certaines femmes peuvent décider de ne pas suivre une radiothérapie adjuvante pour des raisons personnelles, ou parce que le traitement est difficile d'accès (p. ex. si elles habitent loin d'un centre de traitement).

Quoi qu'il en soit, la mesure des tendances nationales en matière d'utilisation de la radiothérapie à la suite de la CCS permet de cerner des écarts potentiels dans les systèmes de soins, qui pourraient être comblés grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

La réduction des temps d'attente en radiothérapie dans le cas des personnes atteintes du cancer est une priorité nationale en matière de soins de santé. Des objectifs nationaux ont été fixés relativement aux temps d'attente et des initiatives provinciales visant à réduire les temps d'attente ont été mises en œuvre.

L'accès à la radiothérapie en temps opportun est un élément clé d'un système de lutte contre le cancer de haute qualité. En 2004, les premiers ministres se sont engagés à réduire les temps d'attente dans les secteurs prioritaires. L'année suivante, des points de référence nationaux pour les temps d'attente et les exigences de déclaration ont été établis pour les secteurs prioritaires désignés, y compris le cancer⁸². Des objectifs nationaux ont été définis en ce qui concerne les temps d'attente en radiothérapie et toutes les provinces ont mis en œuvre des initiatives afin de mesurer et de réduire les temps d'attente⁸³.

Le lien qui existe entre les temps d'attente en radiothérapie et les résultats du traitement n'est pas parfaitement compris. Selon une méta-analyse, plus les temps d'attente pour la radiothérapie s'allongent, plus grand est le risque de récurrence locale du cancer du sein; toutefois, le risque de métastase est relativement faible⁸⁴. Des données empiriques laissent croire que le fait de suivre un traitement, ou simplement d'avoir un plan de traitement dès le début du processus de soins, peut réduire l'anxiété et le stress des patients et, par conséquent, améliorer la qualité de vie du point de vue de la santé⁸⁵.

En 2011, huit des neuf provinces déclarantes avaient atteint l'objectif consistant à traiter 90 % des femmes dans le délai de référence établi à l'échelon national en ce qui concerne les temps d'attente (soit 28 jours à partir du moment où elles sont prêtes à recevoir le traitement).

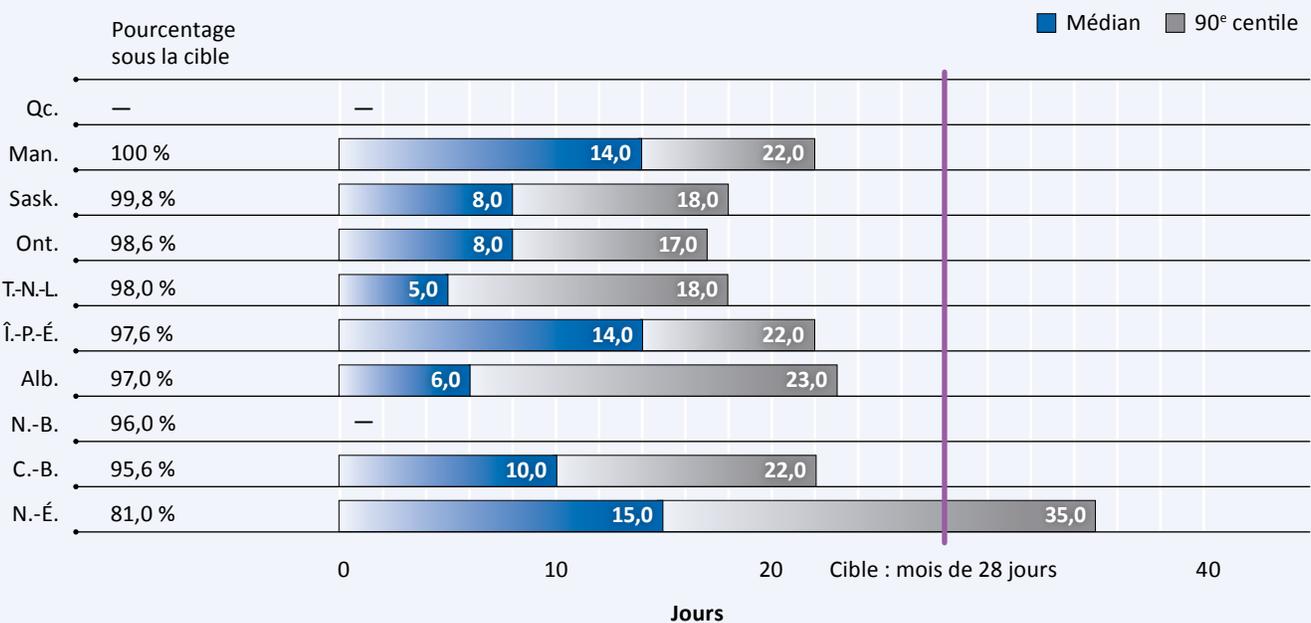
Pour ce qui est de la radiothérapie, le temps d'attente moyen variait, allant de cinq jours à Terre-Neuve-et-Labrador à quinze jours en Nouvelle-Écosse (figure 4.5). D'ordinaire, la variation interprovinciale était moins grande dans le 90^e centile de temps d'attente (de 17 à

23 jours), ce qui semble indiquer que les provinces ont réussi à réduire le nombre de patients dans la partie supérieure de la répartition des temps d'attente.

Des objectifs relativement à des temps d'attente plus courts ont été proposés. L'Association canadienne de radio-oncologie s'est fixé comme objectif un temps d'attente de dix jours ouvrables (14 jours civils) depuis la date de la consultation ou de la demande jusqu'au début de la thérapie⁸⁶.

FIGURE 4.5

Temps d'attente en radiothérapie pour le cancer du sein – médian et 90^e centile par province – 2011



Temps d'attente à partir du moment où la patiente est prête à être traitée jusqu'au début du traitement.

Remarque : la N.-É. a lancé la collecte des données sur les patientes « prêtes à être traitées » (PET) en 2010. Selon la vérification des procédures d'établissement des temps d'attente en radiothérapie en N.-É. récemment effectuée, les dates se rapportant aux patientes PET ne sont pas systématiquement mises à jour lorsque des retards sont prévus. Par conséquent, les estimations ci-dessus ne brossent pas un tableau parfaitement fidèle de l'accessibilité ou de la capacité du système, mais surestiment quelque peu la longueur des temps d'attente avant que les patientes puissent recevoir le service. Cet effet se fait surtout sentir en ce qui concerne l'estimation pour le 90^e centile.

« — » Les données du N.B. ne sont pas disponibles pour le médian et le 90^e centile de temps d'attente. Les données ne sont pas disponibles pour le Qc.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Soixante-deux pour cent des femmes atteintes d'un cancer du sein subissent une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic, l'écart interprovincial variant de 51 % à 67 %.

Il nous paraît intéressant d'examiner les taux globaux de radiothérapie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein parce qu'ils mettent en lumière des renseignements importants sur l'utilisation des ressources en fonction de la capacité. En 2009, le pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein ayant suivi un traitement de radiothérapie, à tous les stades de la maladie envahissante et pour l'ensemble des indications, dans les deux ans suivant le diagnostic, varie selon la province, allant de 51 % en Nouvelle-Écosse à 67 % en Ontario

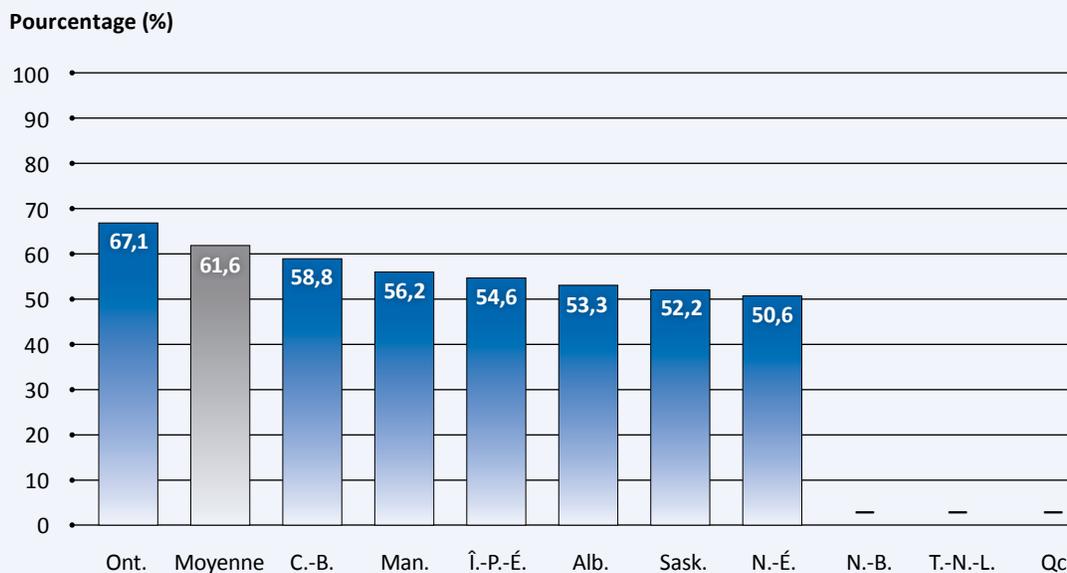
(figure 4.6). Cette variation pourrait être attribuable à des divergences relativement aux catégories de patients (y compris la répartition selon l'âge et le stade), à la capacité des centres de radiothérapie ou à la facilité d'accès à ces derniers, ou à la pratique clinique. Cependant, étant donné que cet indicateur englobe les patientes qui subissent des mastectomies (qui, souvent, ne suivent pas de radiothérapie adjuvante) et celles qui ont une CCS (qui, d'ordinaire, reçoivent un traitement de radiothérapie adjuvante), les divergences interprovinciales quant aux taux de mastectomie seraient souvent à l'origine des variations interprovinciales de l'utilisation de la radiothérapie.

62 %

des femmes atteintes d'un cancer du sein subissent une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic, l'écart interprovincial variant de 51 % à 67 %.

FIGURE 4.6

Pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui subissent une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic par province – patientes ayant reçu un diagnostic en 2009



« — » Les données ne sont pas disponibles pour le N.-B., T.-N.-L. et le Qc.

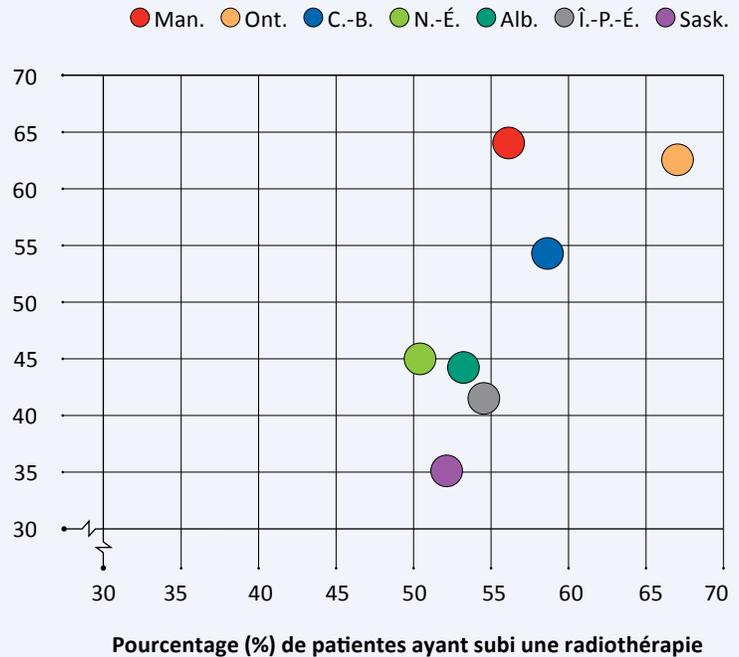
Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Cette corrélation est étudiée à la [figure 4.7](#), qui compare les taux de radiothérapie et les taux de CCS, selon la province. Comme l'indique le diagramme de dispersion, il existe une corrélation directe entre les deux taux, ce qui expliquerait en bonne partie les écarts interprovinciaux pour ce qui est du recours à la radiothérapie. Le prochain indicateur présenté porte essentiellement sur la radiothérapie administrée aux femmes ayant subi une CCS. Il permet d'établir des comparaisons plus significatives entre les tendances relatives au traitement fondées sur des données probantes.

FIGURE 4.7

Pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui suivent une radiothérapie, par opposition au pourcentage de celles qui subissent une chirurgie conservatrice du sein par province – 2009 pour ce qui est de la radiothérapie, de 2007 à 2009 pour ce qui est de la chirurgie

Pourcentage (%) de patientes ayant subi une chirurgie conservatrice du sein



Sont incluses les radiothérapies entreprises dans les deux années suivant le diagnostic par des patientes ayant reçu ce diagnostic en 2009. La chirurgie conservatrice du sein regroupe les procédures exécutées au cours de la période allant d'avril 2007 à mars 2009.

Source de données sur les chirurgies conservatrice du sein : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour le N.-B., T.-N.-L. et la C.-B.

Source de données sur la radiothérapie : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

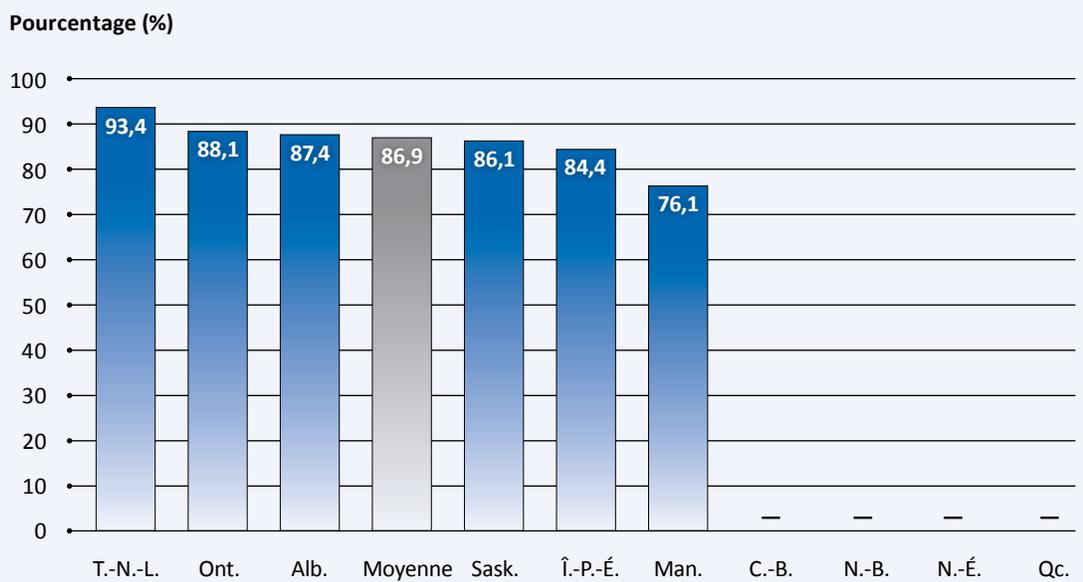
Quatre-vingt-sept pour cent des femmes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II ont suivi une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein, la fourchette provinciale s'étendant de 76 % à 93 %.

Pour mesurer la conformité à la ligne directrice sur l'utilisation de la radiothérapie après une CCS, il faut avoir des renseignements à la fois sur le stade de la maladie et le type de traitement chirurgical (c.-à-d. CCS ou mastectomie). Ce ne sont pas toutes les provinces qui ont recueilli les données nécessaires pour calculer une telle mesure fondée sur la ligne directrice. La [figure 4.8](#) montre qu'en 2009, l'administration de la radiothérapie dans ce groupe de femmes était comprise entre 76 % au Manitoba et 93 % à Terre-Neuve-et-Labrador, avec une moyenne de 87 % pour les six provinces déclarantes.

Quelques études basées sur une population portant sur l'expérience acquise en matière de traitement aux É.-U. et en Suisse permettent de replacer ces conclusions canadiennes dans leur contexte. Selon une étude étasunienne, 94 % des femmes âgées de 66 à 70 ans visées avaient suivi une radiothérapie adjuvante pour traiter un cancer du sein au stade initial après avoir subi une CCS, au cours de la période allant de 2000 à 2002⁸⁷. Suivant une étude nationale réalisée en Suisse, le taux de radiothérapie adjuvante s'établissait à 92 % dans le cas des femmes de moins de 80 ans atteintes d'un cancer du sein au stade I à II⁸⁸. Le taux canadien déclaré en l'occurrence est quelque peu inférieur à ces résultats; cependant, les années visées par les analyses de même que les méthodes d'étude (en particulier les exclusions en fonction de l'âge) diffèrent, ce qui rend ardu l'établissement de comparaisons précises.

FIGURE 4.8

Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui suivent une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein, radiothérapie entreprise dans les 270 jours suivant la chirurgie par province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2009



Les patientes atteintes d'un cancer du sein au stade précoce suivent une radiothérapie conformément aux lignes directrices.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour la C.-B., le N.-B., la N.-É. et le Qc.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

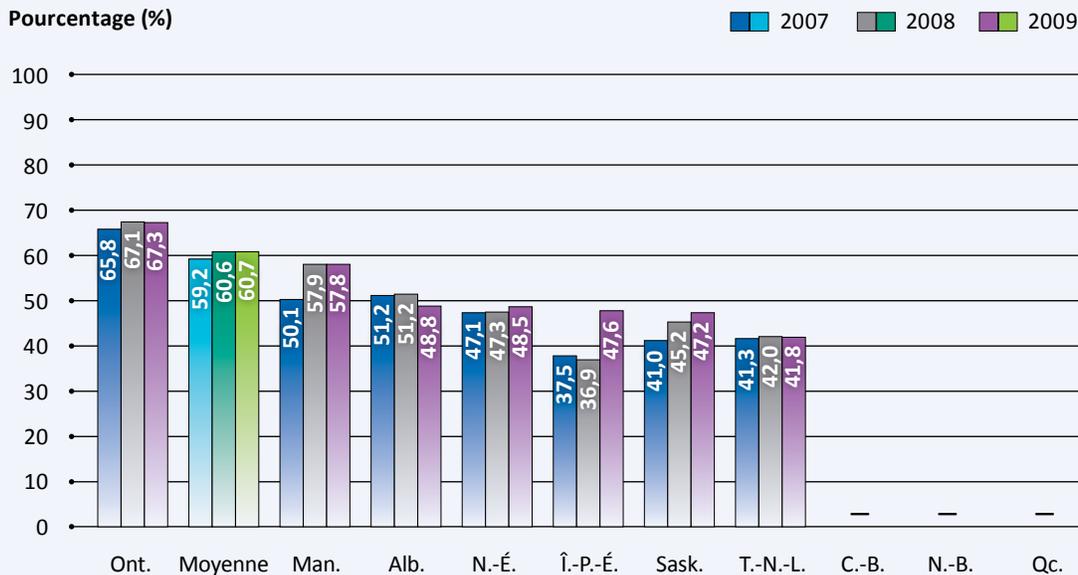
Certaines hausses provinciales de l'utilisation de la radiothérapie au cours de la période allant de 2007 à 2009 sont évidentes chez les femmes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II.

La figure 4.9 donne à voir les taux de radiothérapie selon la province, pour l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II (abstraction faite du type de chirurgie). Même si les données recueillies durant trois années (2007, 2008 et 2009) ne suffisent pas pour cerner des tendances définitives, cinq des sept provinces déclarantes font état d'augmentations du

pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du sein au stade initial recevant un traitement de radiothérapie. L'examen des seuls taux de radiothérapie administrée à la suite d'une CCS (non indiqués étant donné qu'un moins grand nombre de provinces disposent de trois années de données) montre que cette tendance se maintient, ce qui donne à penser qu'elle ne témoigne pas seulement des augmentations des taux de CCS, mais également de celles qui sont en accord avec les lignes directrices relatives à la radiothérapie adjuvante faisant suite à une CCS.

FIGURE 4.9

Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui suivent une radiothérapie, entreprise dans l'année suivante + 270 jours après l'obtention du diagnostic par province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2007, 2008 et 2009



« — » Les données ne sont pas disponibles pour la C.-B., le N.-B. et le Qc. (de 2007 à 2009).

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

L'utilisation de la radiothérapie adjuvante à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein est plus faible chez les femmes de 70 ans et plus que chez celui des femmes plus jeunes.

Le taux de radiothérapie adjuvante fléchit, passant d'une moyenne de 90 % pour les patientes de moins de 70 ans à tout juste un peu plus de 50 % pour celles de 80 ans et plus (figure 4.10). Cette tendance générale suivant laquelle les taux de traitement diminuent à mesure que l'âge augmente vaut pour toutes les provinces. Le fléchissement de l'utilisation de la radiothérapie adjuvante, selon l'âge, à la suite d'une CCS, est abondamment attesté par

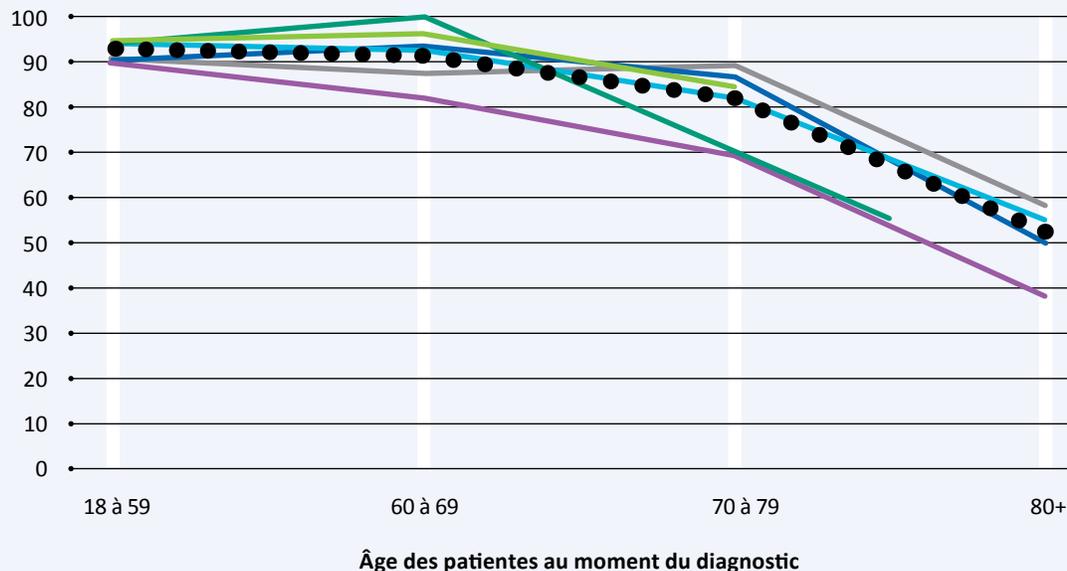
la documentation. Par exemple, selon une étude rétrospective des cohortes de patientes atteintes d'un cancer du sein dans une région de l'Angleterre, la prise en charge non normalisée des patientes atteintes du cancer du sein augmente avec l'âge. Les femmes de plus de 70 ans avaient moins de chances de suivre une radiothérapie à la suite d'une CCS que les femmes de 65 à 69 ans⁸⁹.

La recommandation figurant dans plusieurs directives (p. ex. celle formulée en 2011 par le National Comprehensive Cancer Network) en ce qui concerne l'administration de la radiothérapie adjuvante dans le cas des femmes de plus de 70 ans a été modifiée, sur la base d'un certain

FIGURE 4.10

Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui suivent une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein, entreprise dans les 270 jours suivant la chirurgie par groupe d'âge et province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2009

Pourcentage (%)



Les données ne sont pas disponibles pour la C.-B., le N.-B., la N.-É. et le Qc.

Aux fins de la protection de la vie privée, les données de l'Î.-P.-É. relatives aux patientes de 70 ans et plus sont totalisées.

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

nombre d'essais cliniques qui ont démontré que son effet bénéfique sur la survie était limité dans le cas des patientes de 70 ans ou plus atteintes d'un cancer du sein, avec récepteurs oestrogéniques (ER) positifs mais sans atteinte des ganglions, et qui suivent une endocrinothérapie⁹⁰. Par conséquent, il se peut que l'utilisation réduite de la radiothérapie pour les femmes de plus de 70 ans concorde avec la pratique fondée sur des données probantes.

L'utilisation de la chimiothérapie pour le traitement du cancer du sein.

La chimiothérapie peut être utilisée pour le traitement du cancer du sein, quel que soit le stade de la maladie. Dans le cas des femmes atteintes d'un cancer au stade initial touchant les ganglions lymphatiques, il a été démontré que la chimiothérapie avait un effet plus bénéfique sur celles d'entre elles atteintes d'un cancer du sein ER négatif, même si des recherches plus récentes n'ont relevé aucun écart entre les patientes atteintes d'un cancer ER positif ou ER négatif du point de vue de l'effet bénéfique relatif de la chimiothérapie⁵⁶. Dans le cas des femmes atteintes d'un cancer du sein ER positif, on observe une réduction des taux de récurrence et de décès lorsqu'elles suivent une thérapie adjuvante au tamoxifène⁹¹ et prennent des inhibiteurs d'aromatase en situation adjuvante⁹¹. Certaines femmes ayant un cancer du sein ER positif, sans atteinte de ganglions, n'ont pas besoin de chimiothérapie, car l'endocrinothérapie constitue une option thérapeutique efficace dans leur cas⁹³. Pour ce qui est des cancers du sein envahissants, non métastatiques, la

chimiothérapie est d'ordinaire administrée comme thérapie adjuvante à la suite d'une chirurgie. Toutefois, lorsque la tumeur est très grosse, la chimiothérapie néo-adjuvante (de même que l'hormonothérapie) peut aider à réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie⁹⁴.

Chez les femmes plus jeunes, le cancer du sein est d'ordinaire plus agressif et il est possible qu'il réponde à la chimiothérapie et, si celle-ci est indiquée, à l'hormonothérapie. Dans le cas des femmes dont le cancer a atteint un stade avancé, la chimiothérapie est souvent le traitement initial préféré. La chimiothérapie n'est pas recommandée pour les femmes atteintes d'un cancer non envahissant *in situ*, par exemple un carcinome canalaire *in situ* (CCIS).

Lorsque des données sont disponibles, les taux d'utilisation de la chimiothérapie dans l'année suivant le diagnostic de cancer du sein (tous les stades) varient de 38 % à 52 %.

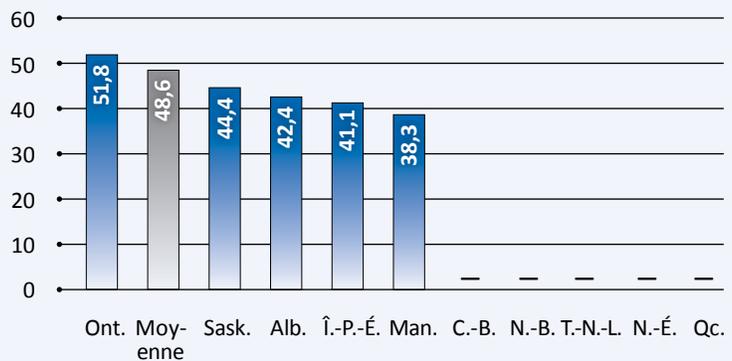
À la différence de la radiothérapie, qui est administrée dans des cliniques ou centres anticancéreux désignés relevant habituellement de la compétence des autorités provinciales en matière de cancer, la chimiothérapie est offerte dans divers établissements, y compris des hôpitaux communautaires, des unités de soins ambulatoires et des pharmacies privées (s'agissant de la chimiothérapie orale). Par conséquent, les données sur l'utilisation de la chimiothérapie dans l'ensemble d'une province ne sont disponibles que dans celles d'entre elles qui procèdent au suivi centralisé de la délivrance des médicaments anticancéreux.

Parmi les cinq provinces pour lesquelles des données sont disponibles à l'échelon provincial, les taux d'administration de la chimiothérapie à des femmes qui venaient tout juste de recevoir un diagnostic de cancer du sein envahissant en 2009 et qui ont suivi une chimiothérapie au cours de l'année suivant ce diagnostic, variaient entre 38 % et 52 % (figure 4.11). Ces écarts peuvent être attribuables à des divergences quant aux catégories de patients, à l'accès aux services ou à la pratique clinique. Il est à noter que les patientes atteintes du cancer du sein ne sont pas toutes candidates à la chimiothérapie et que le taux prévu est donc inférieur à 100 %. À l'avenir, les efforts viseront essentiellement la collecte de données plus détaillées sur l'utilisation de la chimiothérapie, y compris le traitement selon le stade, et également sur l'utilisation de l'hormonothérapie en tant qu'importante méthode de traitement du cancer du sein. De la sorte, il sera possible de procéder à des évaluations plus significatives des tendances relatives à la pratique et du respect des lignes directrices fondées sur des données probantes.

FIGURE 4.11

Pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui subissent une chimiothérapie, entreprise dans l'année suivant le diagnostic par province – patientes ayant reçu le diagnostic en 2009

Pourcentage (%)



Remarque : seules sont incluses les patientes atteintes d'un cancer du sein envahissant.
 « — » Les données ne sont pas disponibles pour la C.-B., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., et le Qc.
 Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Conclusion

Outre qu'il exige de nombreuses ressources, le traitement contre le cancer du sein est complexe et souvent multimodal, car il peut associer chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée et endocrinothérapie. Des données sont disponibles sur certains des facteurs qui ont une incidence sur les décisions en matière de traitement, mais non pas tous, et définissent les pratiques exemplaires codifiées dans les lignes directrices fondées sur des données probantes. Même si elles ne sont pas suffisamment détaillées pour que nous puissions rendre des opinions fermes sur la qualité des soins, les fluctuations des tendances des soins peuvent être examinées, selon chaque province et territoire, pour éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité.

Le pourcentage de femmes ayant fait l'objet d'une mastectomie était compris entre 26,5 % au Québec et 68,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador, tandis que celui des femmes atteintes d'un

cancer du sein au stade initial qui suivent une radiothérapie, comme le recommandent les lignes directrices, est compris entre 76 % et 93 %.

Certains indicateurs laissent entrevoir l'existence d'histoires à succès : en ce qui a trait aux temps d'attente pour la radiothérapie en 2011, huit des neuf provinces déclarantes ont atteint l'objectif de 90 % des femmes traitées conformément au point de référence national pour les temps d'attente.

Les taux d'utilisation de la chimiothérapie pour le cancer du sein sont présentés pour la première fois dans le présent rapport. Parmi les cinq provinces pour lesquelles des données étaient disponibles, les taux s'échelonnaient entre 38 % et 52 %. Les indicateurs de l'utilisation de la chimiothérapie seront plus informatifs lorsque des corrélations pourront être établies avec les lignes directrices fondées sur des données probantes.

Expérience et survie des patientes atteintes d'un cancer du sein et soins terminaux qui leur sont offerts

SECTION CINQ

TABLEAU 5.1

Degré d'utilisation des outils normalisés de dépistage des symptômes dans l'ensemble des cliniques relevant des organismes provinciaux de lutte contre le cancer
P. 65

FIGURE 5.1

Lieu du décès des patientes atteintes du cancer du sein, Canada – 2009
P. 66

CONCLUSION

P. 70



Expérience et survie des patientes atteintes d'un cancer du sein et soins terminaux qui leur sont offerts

Le cancer de même que le traitement contre cette maladie peuvent avoir des effets néfastes sur la santé d'une personne, sa capacité de fonctionner sur le plan physique, social et professionnel et son sentiment de sécurité et de bien-être⁹⁵⁻⁹⁷. Pour mesurer la qualité d'un système de lutte contre le cancer, il est important de tenir compte de l'ampleur du soutien et des soins accordés aux personnes qui doivent surmonter les nombreux problèmes liés au cancer⁹⁸.



Après avoir reçu leur diagnostic, les patientes et les membres de leur famille peuvent avoir besoin d'aide pour s'y retrouver dans le réseau complexe des soins de santé offerts aux personnes atteintes du cancer, obtenir de l'information sur leur cancer et le traitement de celui-ci et gérer les problèmes émotionnels, sociaux, spirituels ou pratiques qui surviennent. Les difficultés d'accès à l'information et à des soins de soutien peuvent accroître la détresse des patientes atteintes d'un cancer et compromettre la capacité de ces personnes de s'adapter aux changements qu'entraîne le cancer⁹⁹. En outre, des soins post-traitement doivent être offerts aux personnes qui survivent au cancer afin qu'elles puissent s'accommoder des effets à long terme du cancer et du traitement anticancéreux, tant sur le plan médical que psychosocial. Il faut que les personnes atteintes d'un cancer non traitable ou qui suivent un traitement ne visant plus leur guérison aient accès à des soins palliatifs et terminaux complets et axés sur le patient.

Le milieu de la recherche sur le cancer a reconnu l'importance de mettre au point des indicateurs pour évaluer les expériences des personnes atteintes du cancer, quel que soit l'endroit où elles reçoivent des soins. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour recueillir des données significatives à l'échelon pancanadien dans les domaines importants décrits ci-dessus.

La première partie de la présente section renferme de l'information sur deux indicateurs pour lesquels des données sont disponibles à l'heure actuelle et qui visent à déterminer : 1) dans quelle mesure les patientes traitées pour un cancer du sein font l'objet d'un dépistage de la détresse ou d'autres symptômes à l'aide d'outils normalisés; et 2) le lieu du décès des femmes qui meurent d'un cancer du sein (c-à-d. à l'hôpital ou ailleurs). Sont également décrits dans la deuxième partie d'autres secteurs pour lesquels des données à l'échelon pancanadien seront peut-être disponibles dans un proche avenir : soins palliatifs et soins en fin de vie, satisfaction des patients, disponibilité d'outils de navigation et de mesures de soutien à la survie destinés aux patients.

Le dépistage de la détresse chez les femmes qui subissent un traitement pour le cancer du sein permet de cerner rapidement celles d'entre elles qui ont besoin d'un soutien additionnel.

Lorsqu'elles reçoivent un diagnostic de cancer du sein, les femmes peuvent éprouver divers sentiments comme la crainte, la tristesse et le déni de la réalité¹⁰⁰. Le traitement peut également susciter de la détresse psychologique (et les effets secondaires associés) de même que la crainte de la récurrence et celle de mourir de la maladie¹⁰¹.

ENCADRÉ 5.1

Définition de la détresse liée au cancer

La détresse qu'éprouvent les personnes atteintes du cancer a été définie comme « une expérience émotionnelle multifactorielle déplaisante de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale ou spirituelle pouvant entraver la capacité de faire face de manière efficace au cancer, aux symptômes physiques et au traitement de cette maladie. La détresse existe à l'intérieur d'un continuum, allant des sentiments communs normaux de vulnérabilité, de tristesse et de crainte jusqu'à des problèmes pouvant devenir invalidants, comme la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social et les crises existentielles ou spirituelles »¹⁰².

Les problèmes psychosociaux et la détresse ne sont pas d'ordinaire propres au type de cancer mais ils ont été étudiés en profondeur chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Selon les études, la détresse est plus forte aux points de transition du traitement : au moment du diagnostic, dans l'attente du traitement, durant le traitement et à la fin de ce dernier, au moment des visites de suivi, en cas de récurrence du cancer ou d'échec du traitement¹⁰³. La détresse liée au cancer s'atténue avec le temps dans le cas de la majorité des personnes atteintes du cancer^{96, 104}. Toutefois, pour d'autres personnes, cette détresse peut être une forte entrave au confort, à la qualité de vie et à la capacité de prendre les bonnes décisions en matière de traitement et de suivre celui-ci^{103, 105}. La fréquence et les tendances de la détresse psychosociale dont souffrent les femmes atteintes du cancer du sein dépendent grandement des paramètres inclus dans la définition opérationnelle de la détresse et de la manière dont elle est mesurée. Le principal objectif du dépistage normalisé est d'identifier rapidement les personnes qui auraient besoin de soins de suivi additionnels¹⁰⁶.

Un grand nombre d'instruments sont disponibles pour dépister la détresse et les autres symptômes du cancer psychosocial et pratique. Les outils de dépistage de la détresse les plus fréquemment utilisés au Canada sont l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE) et la liste canadienne de problèmes^{105, 107, 108}. L'EASE permet

aux patients d'auto-évaluer la gravité des préoccupations ou problèmes psychosociaux ou physiques liés au cancer. La liste canadienne de problèmes permet de saisir les préoccupations ou problèmes des patients au cours de la semaine écoulée, notamment ceux relevant du domaine psychosocial, pratique ou physique.

Le Partenariat a collaboré avec les organismes de lutte contre le cancer et les centres de traitement de huit provinces au dépistage de la détresse à l'aide de l'EASE et de la liste canadienne de problèmes et des lignes directrices relatives à la pratique clinique en matière d'évaluation de la détresse ou d'autres symptômes.

Le [tableau 5.1](#) contient des renseignements sur le degré de mise en place, par les provinces et leurs organismes de lutte contre le cancer, d'outils normalisés de dépistage des symptômes mesurant la douleur et la détresse. Des écarts importants existent selon les provinces en ce qui a touché à l'utilisation d'outils normalisés d'évaluation des symptômes. Quelques-unes des provinces ont également communiqué au Partenariat des données sur la participation aux programmes de dépistage des patientes atteintes d'un cancer du sein. D'autres provinces, comme Terre-Neuve-et-Labrador, ont commencé à utiliser les outils de dépistage dans le cas des patientes atteintes d'un cancer du sein et devraient être en mesure de faire rapport sur cet indicateur dans un avenir prochain.

TABLEAU 5.1

Degré d'utilisation des outils normalisés de dépistage des symptômes dans l'ensemble des cliniques relevant des organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Province	Mise en œuvre à l'échelle des provinces	Certains centres (subventionnés par les provinces)	En l'absence d'une gestion centralisée, l'utilisation varie selon le centre	Pourcentage des patientes atteintes du cancer du sein ayant fait l'objet d'un dépistage de la détresse en 2011
C.-B.	X			75 % (non limité au cancer du sein)
Alb.		X		S.o.
Sask.	X			S.o.
Man.	X			S.o.
Ont.	X			65 %
Qc.			X	S.o.
N.-B.			X	S.o.
N.-É.	X			S.o.
Î.-P.-É.		X		~93 %
T.-N.-L.			X	S.o.

Outil de dépistage des symptômes : désigne tout instrument utilisé pour dépister la détresse, pas nécessairement l'EESE ou la liste canadienne de problèmes.

Mise en œuvre à l'échelle des provinces : signifie qu'au moins une partie des patients de chaque centre anticancéreux provincial font l'objet d'un dépistage normalisé des symptômes de la détresse.

Certains centres (subventionnés par les provinces) : signifie qu'au moins une partie des patients de certains centres anticancéreux provinciaux font l'objet d'un dépistage normalisé des symptômes.

En l'absence d'une gestion centralisée, l'utilisation varie selon le centre : signifie que le dépistage des symptômes n'est pas centralisé à l'échelle de la province; toutefois, certains centres peuvent utiliser un outil de dépistage.

S.o. : signifie que le dépistage des patientes atteintes d'un cancer du sein n'a pas été mis en œuvre ou que les données sont indisponibles parce qu'aucune donnée n'est recueillie pour ce type particulier de cancer.

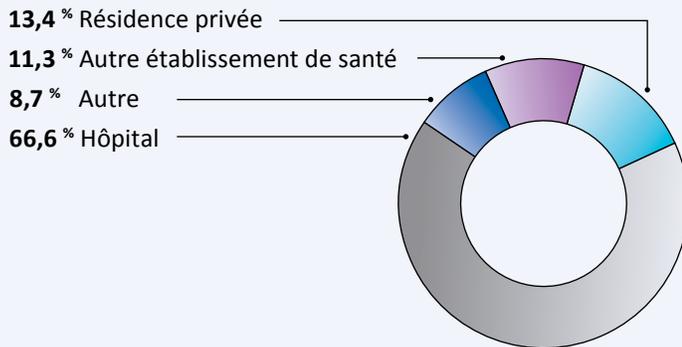
Lieu du décès des patientes atteintes du cancer du sein.

Le fait de donner aux personnes atteintes d'un cancer placées dans des unités de soins palliatifs la chance de mourir dans un environnement confortable, favorable et préservant leur dignité est un volet important des soins en fin de vie. Selon les études, les personnes qui savent qu'elles mourront du cancer préfèrent en règle générale mourir à domicile ou dans un autre établissement non hospitalier¹⁰⁹. Suivant les estimations, 70 % des décès attribuables au cancer déclarés au Canada de 2003 à 2007 sont survenus dans des hôpitaux⁹⁸; des écarts importants ont été relevés quant au nombre de décès dans des hôpitaux, selon la province^k. Chez les patientes atteintes du cancer du sein, le pourcentage de décès survenus dans un hôpital au cours de la même période est similaire (les données ne sont pas illustrées). En 2009, environ 67 % des décès attribuables au cancer du sein au Canada sont survenus dans un hôpital (figure 5.1). Les fluctuations enregistrées d'une année sur l'autre au cours de la période allant de 2003 à 2007 sont vraisemblablement attribuables aux différents modes de déclaration plutôt qu'à des modifications aux soins donnés aux patients. Les résultats présentés en l'occurrence sont supérieurs à ceux déclarés ailleurs. Suivant les données pour la période de 1998 à 2002, le pourcentage de décès attribuables au cancer du sein survenus à l'hôpital s'établissait à 63 % en Nouvelle-Écosse et à 53 % en Ontario¹⁰⁹. Une autre étude a révélé qu'en 2003 à 2004, le pourcentage de décès attribuables au cancer du sein survenus dans des établissements de soins actifs en Ontario était de 49 %¹¹¹.

FIGURE 5.1

Lieu du décès des patientes atteintes du cancer du sein, Canada – 2009

% de patients



« Autre » inclut autre lieu déterminé et lieu inconnu.

Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

Certaines observations portent à croire que les décès liés au cancer surviennent de plus en plus souvent ailleurs que dans un hôpital. En Nouvelle-Écosse, parmi les adultes en phase terminale de cancer, les décès ailleurs que dans un hôpital ont augmenté, passant de 19,8 % en 1992 à 30,2 % en 1997 (soit une hausse de 52 %)¹¹². En Ontario cependant, le pourcentage de décès liés au cancer survenant ailleurs que dans un hôpital est demeuré assez constant de 2000 à 2006 (56 % et 55 %, respectivement)¹¹³. Aux États-Unis, le pourcentage de décès attribuables au cancer survenus ailleurs que dans un hôpital en 2007 s'établissait à 28 %¹¹⁴, ce pourcentage étant beaucoup plus faible que celui déclaré pour le Canada pour la même année. Toutefois, les É.-U. disposent d'un programme officiel dans le cadre duquel les soins palliatifs sont couverts¹¹⁵.

Selon les enquêtes, la plupart des patientes qui savent qu'elles mourront du cancer préfèrent mourir à domicile ou dans un autre établissement non hospitalier.

k) Les écarts provinciaux observés relativement aux décès ailleurs qu'à l'hôpital peuvent être attribuables aux divers systèmes de prestation de soins en établissement ou à domicile. Par exemple, certaines provinces et certains territoires peuvent offrir un plus large éventail de soins palliatifs à domicile. Cette variation pourrait également s'expliquer par le fait que les provinces codent de manière différente les décès qui surviennent dans les hôpitaux. Il est supposé qu'un décès à l'hôpital équivaut à un séjour à l'unité des soins actifs. Certains hôpitaux mettent à la disposition des patients en phase terminale des lits dans leurs propres unités des soins palliatifs. S'il n'est pas indiqué sur le certificat de décès que le décès est survenu dans une unité des soins palliatifs ou dans une unité des soins actifs, le pourcentage provincial de décès ailleurs qu'à l'hôpital peut être assez faible et être interprété, à tort, comme le témoignage de l'utilisation non pertinente des lits dans les unités de soins actifs des hôpitaux.

Futurs éléments de déclaration

Mesure de la satisfaction des patients.

La satisfaction à l'égard des soins est une mesure importante des impressions des patients relativement à leurs expériences avec le système de soins de santé. La plupart des organismes provinciaux de lutte contre le cancer mènent un sondage sur la satisfaction des patients ambulatoires des services d'oncologie à l'aide du questionnaire AOPSS (Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey) produit par NRC Picker. Ce sondage mesure plusieurs aspects des soins, par exemple, dans quelle mesure des soins coordonnés et continus et un soutien émotionnel sont offerts. Les résultats du sondage sur la satisfaction des patients ont été présentés dans les rapports antérieurs sur le rendement du système^{98, 116}; toutefois les données selon le type de cancer n'ont pas été déclarées. Des travaux sont en cours afin d'obtenir, aux fins des prochains rapports, des résultats plus détaillés découlant des sondages sur la satisfaction des patients. L'indice de qualité du système de lutte contre le cancer présente les résultats de l'AOPSS pour l'Ontario selon le type de cancer, y compris le cancer du sein¹¹⁷.

Mise en place de programmes de navigation à l'intention des patientes atteintes du cancer du sein dans l'ensemble des provinces et territoires.

Il s'agit en l'occurrence de l'aide proactive et pratique offerte par des professionnels ou bénévoles ayant suivi une formation spéciale aux personnes atteintes du cancer et à leur famille pour leur permettre de s'y retrouver dans le labyrinthe des traitements, services et défis liés à leur expérience du cancer¹¹⁸. Dans bon nombre de provinces, des programmes de navigation ont d'abord été mis en œuvre à l'intention des femmes atteintes d'un cancer du sein ou d'un cancer gynécologique¹¹⁸. Toutes les provinces et tous les territoires ont mis en place, à l'échelon local, régional ou provincial/territorial,

un certain genre de programme de navigation destiné aux patients. En Nouvelle-Écosse et au Québec, les programmes provinciaux sont offerts par des infirmières qui procèdent également à la collecte des données sur leurs systèmes.

Le Partenariat a collaboré avec trois provinces à la mise en application et à l'évaluation des programmes de navigation offerts aux patients par des professionnels ou d'autres personnes. La collecte des données suscitant de l'intérêt à travers le pays, il serait possible d'obtenir des indicateurs de l'ampleur de la mise en œuvre, dans les provinces ou territoires, de programmes de navigation à l'intention de groupes de patients. L'incidence de ces programmes pourrait être évaluée à l'aide de sondages portant sur les résultats déclarés par les patients et la satisfaction de ces derniers.

Importance de l'évaluation des besoins en matière de survie au cancer du sein aux fins de la mesure du rendement du système.

La survie, la plupart du temps définie comme la période faisant suite au traitement actif, nécessite de s'ajuster à la « nouvelle vie normale », entre autres surmonter les difficultés économiques, s'accommoder des séquelles et des complications du traitement, faire l'objet d'une surveillance de la récurrence et de soins de suivi courants¹¹⁹. L'évaluation des besoins des survivantes et du degré de satisfaction de ces besoins par le système constitue un volet important de la mesure du rendement de ce dernier.

Bon nombre de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein subissent une perte de revenu parce qu'elles ne peuvent pas retourner au travail ou s'absenter longtemps du travail à la suite du traitement¹²⁰. Selon un sondage réalisé en 2009 auprès des Canadiennes atteintes d'un cancer du sein, la maladie avait eu, pour 80 % d'entre elles, une lourde incidence sur le plan

financier puisque la diminution du revenu annuel du ménage s'établissait en moyenne à 12 000 \$¹²¹. Les constatations suivantes se rapportent aux répondantes ayant un emploi à temps plein ou à temps partiel au moment du diagnostic (73 % de l'échantillon) : à l'issue du traitement, le pourcentage de celles ayant un emploi à temps plein avait diminué de 16 % et le pourcentage de celles pour lesquelles il avait été mis fin à l'emploi s'établissait à 16 %. Vingt pour cent des femmes qui travaillaient au moment où elles ont reçu le diagnostic ont rapidement repris le travail en raison de pressions financières. Bien que les régimes de santé publique assurent la couverture de la plupart des traitements liés au cancer, il existe des lacunes qui varient selon les provinces et territoires (p. ex. coûts de certains médicaments, fournitures médicales, et prothèses). Les assurances privées de même que des organismes caritatifs comme la Société canadienne du cancer offrent une aide compensant les coûts du traitement au chapitre du transport, du logement et de l'achat de perruques ou d'autres fournitures. En dépit de l'existence de ces sources d'aide, bon nombre de personnes éprouvent des difficultés financières après avoir reçu un diagnostic de cancer.

Qui plus est, les femmes ayant subi un traitement contre le cancer du sein ont des besoins médicaux et psychologiques uniques. Outre les préoccupations entourant la récurrence du cancer et le développement d'un second cancer primitif, ces femmes peuvent courir le risque de souffrir d'un lymphoedème, d'une ménopause prématurée, de maladie cardiovasculaire ou d'autres séquelles du cancer et de son traitement¹²². Des lignes directrices régissant la pratique clinique ont été élaborées pour répondre aux besoins médicaux et psychosociaux des personnes qui survivent au cancer¹¹⁹. Une étude axée sur la

population effectuée en Ontario a démontré l'existence d'importantes variations au chapitre de la surveillance et des soins de suivi courants dont ont bénéficié les survivantes du cancer du sein au cours des cinq années suivant le traitement¹²³.

Il est de plus en plus souvent demandé que soient élaborés des régimes de soins de santé à l'intention des survivants décrivant les services de suivi nécessaires et établissant la responsabilité de la prestation des soins (c.-à-d. soins primaires ou oncologie)¹²⁴. Cep endant, bon nombre de débats et de travaux de recherche sont encore en cours en vue d'élaborer et d'évaluer ces régimes. Même si les preuves absolues des avantages découlant de l'établissement de régimes de soins de santé à l'intention des survivantes font encore défaut, certains résultats, par exemple en ce qui a trait à la détresse liée au cancer, déclarés par les patientes atteintes d'un cancer du sein ayant accès à un régime de soins à l'intention des survivantes, ne sont pas meilleurs que ceux déclarés par les patientes qui ont été référées à un médecin de premier recours par un oncologue, selon un essai contrôlé aléatoire récemment mené¹⁰⁴.

Quoi qu'il en soit, l'utilisation et l'évaluation de régimes de soins à l'intention des survivantes continuent de progresser. Tant les survivantes que les prestataires de soins reconnaissent la nécessité d'élaborer des plans de transition pertinents tenant compte du passage de l'état de patientes subissant un traitement contre le cancer au stade de survivante¹²⁵. À l'avenir, il se peut qu'il soit possible de recueillir des données pour évaluer jusqu'à quel point les provinces et les territoires ont mis en œuvre des régimes de soins à l'intention des survivants pour certains groupes de patients et adopté de meilleures mesures des avantages et des résultats de ces interventions.

La collecte de données additionnelles sur les soins palliatifs et les soins terminaux permettra de mieux analyser les besoins des patientes en phase terminale et leur utilisation des ressources en matière de soins de santé.

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle comme le cancer, qui sont en phase terminale, de même que celle des membres de leur famille¹²⁶. La gestion des symptômes et la résolution des préoccupations psychosociales ou spirituelles des patients sont des éléments centraux des soins palliatifs. Les soins de fin de vie sont un volet essentiel des soins palliatifs et sont donnés lorsqu'il est impossible d'offrir un traitement curatif au patient. Des études ont montré que les soins palliatifs dispensés à domicile contribuent à accroître considérablement la satisfaction des patients et également à réduire le recours aux services médicaux de même que les coûts des soins médicaux en fin de vie^{115, 127, 128}.

Au Canada, il n'est pas facile à l'heure actuelle d'avoir accès à des données axées sur la population portant sur l'utilisation des soins offerts dans des maisons de soins palliatifs ou des soins terminaux. Le réseau établi par le Partenariat en 2009 (Canadian Hospice Palliative End-of-Life (HPEOL) Care Surveillance Team Network) vise l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données existantes afin de mieux comprendre les caractéristiques des patients en phase terminale du cancer et leur utilisation des ressources au cours de la dernière année de leur vie¹²⁹. Dirigé par les docteurs Francis Lau et Michael Downing, ce réseau a les principaux objectifs suivants :

- Établir la méthodologie et la conception d'un système informatique de surveillance des soins en fin de vie
- Diffuser une série de produits d'information pour décrire les patients en fin de vie et leur utilisation des ressources

- Accroître, grâce à ce système, la qualité et l'utilisation des sources de données électroniques existantes afin d'améliorer la planification des politiques en matière de soins de vie, le suivi des ressources et la prise de décisions cliniques
- Collaborer au transfert du savoir et au renforcement des capacités en matière de surveillance des populations de patients atteints du cancer en phase terminale

Grâce aux efforts de ce réseau, des données sur le recours aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie au Canada, pour l'ensemble des cancers et pour certains types de cancer, y compris le cancer du sein, pourront être diffusées dans les prochains rapports de l'initiative sur le rendement du système.

Les données administratives peuvent également être utilisées pour mesurer certains aspects de l'expérience du patient en fin de vie. Grunfeld et ses collègues ont évalué la valeur des données administratives pour mesurer certains aspects de la qualité des soins en fin de vie, à l'échelon provincial, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, et ont cerné sept indicateurs potentiels de la qualité des soins terminaux offerts aux femmes atteintes d'un cancer du sein¹¹⁰ :

- Le laps de temps écoulé entre la dernière chimiothérapie et le décès
- Le lieu du décès
- La fréquence des visites au service des urgences
- Le nombre de jours passés à l'hôpital et à l'unité des soins intensifs à mesure que la fin de vie approche
- La continuité des soins
- L'heure et le lieu de la prestation des soins
- Les effets indésirables

Certains de ces indicateurs ont été utilisés pour évaluer les soins offerts aux femmes en phase terminale du cancer en 2003 à 2004¹¹¹.

Conclusion

Même si la nécessité de mieux comprendre et d'améliorer l'expérience que vivent les personnes atteintes de cancer dans le système est fortement reconnue, il reste néanmoins beaucoup à faire pour recueillir des données significatives aux fins de la mesure du rendement. Le Partenariat a récemment fait un effort concerté pour mettre au point des indicateurs de l'expérience des patients et des résultats déclarés par les patients,

selon le type de cancer. En vue de la réalisation de cet objectif, le Comité d'orientation de la mesure des résultats déclarés par les patients a été formé, réunissant des spécialistes de toutes les régions du pays. Les prochains rapports sur le rendement du système feront état d'indicateurs de plus en plus détaillés des résultats déclarés par les patients, de la survie et des soins terminaux.

Prévention du cancer du sein

SECTION SIX

TABLEAU 6.1

Facteurs de risque pour le cancer du sein
P. 73

FIGURE 6.1

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses par province et territoire – ESCC, 2010
P. 75

FIGURE 6.2

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses selon le quintile de revenu, le niveau de scolarité du ménage et le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2010
P. 76

FIGURE 6.3

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui se déclarent actives ou très actives durant leurs loisirs par province et territoire – ESCC, 2010
P. 78

FIGURE 6.4

Pourcentage de femmes (de 12 ans et plus) qui se déclarent actives ou très actives durant leurs loisirs selon le groupe d'âge, Canada – ESCC, 2010
P. 79

FIGURE 6.5

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents par province et territoire – ESCC, 2010
P. 81

FIGURE 6.6

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents selon le quintile de revenu, le niveau de scolarité du ménage et le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2010
P. 82

FIGURE 6.7

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent dépasser la recommandation des directives de consommation à faible risque par province et territoire – ESCC, 2005
P. 83

FIGURE 6.8

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent dépasser la recommandation des directives de consommation à faible risque selon le quintile de revenu le niveau de scolarité et le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2005
P. 84

CONCLUSION

P. 86



Prévention du cancer du sein

Plusieurs facteurs influent sur le risque d'une femme de développer un cancer du sein.

La prévention est un élément essentiel de la lutte contre le cancer. Comprendre le rôle des facteurs de risque et leur prévalence dans la population aide à guider les efforts de prévention du cancer. Contrairement à certains autres cancers, comme le cancer du poumon dont la majorité des cas est associée aux comportements en matière de santé (le tabagisme), plusieurs facteurs influent sur le risque pour une femme de développer un cancer du sein. Certains de ces facteurs de risque ne sont pas modifiables – par exemple l'âge et la constitution génétique; plusieurs d'entre eux sont liés à la reproduction et aux hormones, tandis que d'autres sont potentiellement modifiables par l'adaptation des comportements de santé.



Un certain nombre de facteurs de risque ont été associés au cancer du sein.

Cette section présente des données sur trois facteurs de risque de cancer du sein liés aux comportements de santé pour lesquels il existe des données pancanadiennes : excès de poids et obésité; inactivité physique et consommation d'alcool. Selon de récentes estimations, une proportion variant entre 3 % et 23 %^{130, 131} des nouveaux cas de cancer du sein est attribuable

à l'excès de poids et à l'obésité, entre 3 % et 16,5 % à l'inactivité physique, et entre 2 % et 7 % à la consommation d'alcool^{130, 131; 1}.

Les données sur la prévalence relatives à ces indicateurs de risque de cancer du sein sont fondées sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les résultats sont présentés par âge, lieu de résidence, et situation socioéconomique.

TABLEAU 6.1

Facteurs de risque pour le cancer du sein

Facteurs comportementaux liés à la santé	Facteurs liés aux hormones et à la reproduction	Autres facteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Excès de poids ou obésité • Inactivité physique • Consommation d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de naissances • Âge plus avancé lors de la première grossesse menée à terme • N'allait pas • Menstruation précoce • Ménopause tardive • Prise d'hormones exogènes (traitement hormonal substitutif [œstrogènes plus progestatif]; prise de contraceptifs oraux [augmente le risque légèrement]) 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Antécédents familiaux de cancer du sein • Mutations du gène BRCA1 ou BRCA2 • Exposition à un rayonnement ionisant • Certains états bénins du sein comme l'hyperplasie atypique canalaire et l'hyperplasie atypique lobulaire

Source : Adapté de la publication Statistiques canadiennes sur le cancer 2007 (sujet spécial : cancer du sein), page 74.

Remarque : Certaines femmes à risque élevé de cancer du sein en raison de leurs antécédents familiaux ou de leur constitution génétique peuvent envisager le recours à des stratégies de chimioprévention, comme un traitement par tamoxifène ou inhibiteurs de l'aromatase (voir encadré 6.3).

1) Les estimations du risque attribuable dans la population seront influencées par la prévalence des comportements personnels liés à la santé dans cette population. Par conséquent, les études menées dans plusieurs pays peuvent aboutir à des estimations différentes du risque attribuable.

Des données probantes démontrent un lien entre le cancer du sein postménopausique et le poids corporel.

L'obésité et l'excès de poids, mesuré par un indice de masse corporelle (IMC) élevé, augmentent le risque de cancer du sein chez les femmes postménopausées.

Des données probantes établissent un lien entre l'excès de poids et le cancer du sein postménopausique^{132; m}. Par exemple, l'étude d'observation de la Women's Health Initiative portant sur 85 917 femmes postménopausées a révélé que les femmes ayant un IMC de base supérieur à 31,1 étaient deux fois et demie

plus susceptibles de développer un cancer du sein que les femmes dont l'IMC de base était inférieur à 22,6^{133; n}. L'obésité peut augmenter les niveaux d'hormones sexuelles en circulation dans le sang, l'insuline et les facteurs de croissance semblables à l'insuline, qui peuvent favoriser le développement du cancer du sein¹³⁴. Le risque de cancer du sein postménopausique associé à un IMC élevé est inquiétant compte tenu de la prévalence croissante de l'excès de poids et de l'obésité chez les femmes au Canada¹³⁵. Les données probantes sur les conséquences du gain ou de la perte de poids sur le risque de cancer du sein (voir [encadré 6.1](#)) sont moins convaincantes.

ENCADRÉ 6.1

Perte de poids et risque de cancer du sein

Bien qu'une accumulation de preuves solides permette de croire à un lien entre l'obésité ainsi que l'excès de poids et le cancer du sein, il est moins certain qu'une perte de poids diminuerait le risque de cancer du sein. Certaines preuves indiquent qu'une perte de poids, en particulier à une période avancée de la vie, réduit le risque de cancer du sein postménopausique^{132, 134}. En outre, nous ne savons pas si le risque de cancer du sein associé au gain de poids n'est pas lié à la période de vie à laquelle survient le gain de poids ou si un gain de poids survenant durant une période particulière (vulnérabilité) augmente le risque¹³⁴.

m) À signaler que certaines indications laissent entendre que l'excès de poids chez les femmes préménopausées est un facteur de protection contre le cancer du sein, mais les données probantes à cet égard ne sont pas convaincantes (WCRF/AICR, 2007). La plupart des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes postménopausées et tout effet protecteur du surpoids chez les femmes préménopausées ne pourrait contribuer de façon importante à une réduction de l'incidence du cancer du sein.

n) Cette constatation était limitée aux femmes qui n'avaient jamais suivi de traitement hormonal substitutif. Le risque relatif signalé était de 2,52; intervalle de confiance (IC) de 95 % = 1,62 à 3,93.

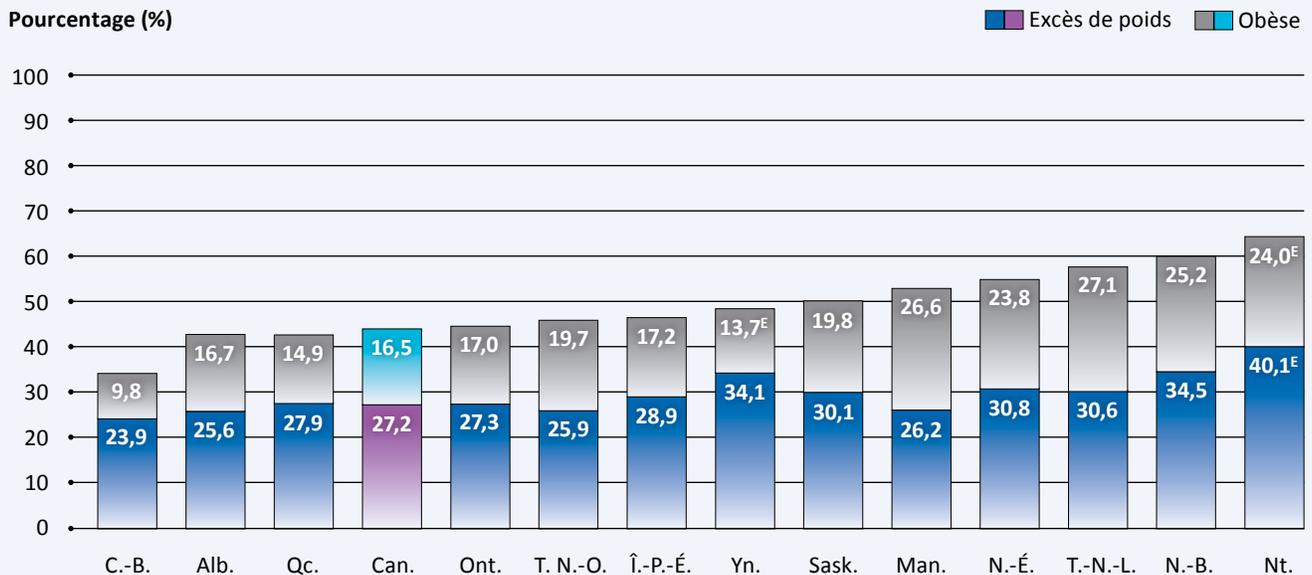
La prévalence de l'obésité et de l'excès de poids chez les femmes canadiennes demeure inquiétante.

En 2010, 43,7 % des femmes canadiennes âgées de 18 ans et plus étaient considérées comme ayant un excès de poids (27,2 %) ou comme étant obèses (16,5 %). Ces résultats sont fondés sur les valeurs autodéclarées de la taille et du poids dans le cadre de l'ESCC (figure 6.1). La proportion de femmes classées dans la catégorie de l'excès de poids ou de l'obésité varie considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre; le Nunavut et le Nouveau-Brunswick affichant les pourcentages

les plus élevés et la Colombie-Britannique et l'Alberta, les plus bas (figure 6.1). L'estimation pour le Nunavut doit être interprétée avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon. Un examen comparant la taille et le poids réels (mesurés directement) par rapport à la taille et au poids autodéclarés aux fins de calcul de l'IMC a montré que les personnes ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, ce qui porte à croire que la proportion de femmes classées dans la catégorie de l'excès de poids ou de l'obésité pourrait être plus élevée que celle indiquée dans l'ESCC¹³⁶.

FIGURE 6.1

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses par province et territoire – ESCC, 2010



^E Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

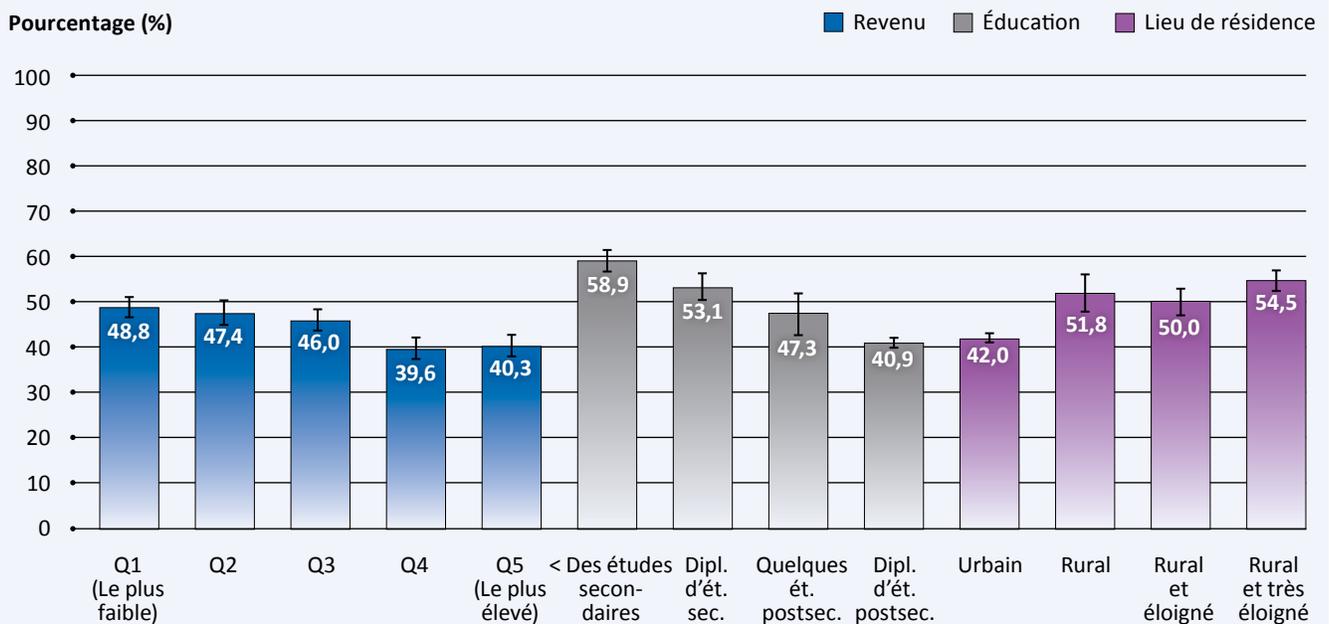
Lorsque les taux de surpoids et d'obésité sont examinés par âge, on constate qu'ils sont beaucoup plus élevés chez les femmes de 50 ans et plus (53,1 %) que chez les femmes plus jeunes et les filles (16,1 % entre 12 et 17 ans; 36,1 % entre 18 et 49 ans; ces données ne sont pas illustrées).

Les taux de surpoids et d'obésité chez les Canadiennes variaient beaucoup selon le revenu, les femmes dans le quintile inférieur de revenu ayant des taux de surpoids plus élevé (48,8 %) par rapport aux femmes dans le quintile de revenu supérieur (40,3 %) [figure 6.2]. Une différence plus marquée est évidente lorsque les taux sont analysés en fonction du niveau de

scolarité. Les femmes peu scolarisées (pas de diplôme d'études secondaires) étaient plus susceptibles d'être en surpoids ou obèses (58,9 %) que les femmes ayant fait des études plus poussées (études postsecondaires ou diplôme d'études supérieures; 40,9 %) [figure 6.2]. Quant au lieu de résidence, les taux d'excès de poids et d'obésité avaient tendance à être plus faibles chez les femmes des milieux urbains que chez les résidentes de milieux ruraux et éloignés du Canada (figure 6.2). Les tendances socioéconomiques et géographiques étaient semblables lorsque l'analyse se limitait aux femmes de 50 ans et plus (ces données ne sont pas illustrées).

FIGURE 6.2

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses selon le quintile de revenu, le niveau de scolarité du ménage et le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2010



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

L'objectif visé des directives est de porter à 65 % la proportion de femmes de poids « normal » d'ici 2015.

Les stratégies visant à réduire l'apparition de l'obésité et à aider les personnes en surpoids à perdre du poids peuvent éventuellement prévenir ou améliorer de nombreuses maladies chroniques. La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, 2005*^o a établi l'objectif d'augmenter de 20 % la proportion de Canadiens ayant un poids corporel « normal » (un IMC entre 18,5 et 24,9) d'ici 2015^{137; p}. Selon les données de référence de l'ESCC de 2003, 54 % des femmes ont indiqué une taille et un poids correspondant à un poids corporel normal (figure 6.3). Pour que cet objectif soit atteint, soit que 65 % des Canadiennes âgées de 18 ans et plus aient un poids corporel normal en 2015, il faudrait une augmentation de 11 points de pourcentage de femmes ayant un poids corporel normal entre 2003 et 2015. Selon les données de l'ESCC, 53 % des Canadiennes avaient un poids corporel normal en 2010.

L'inactivité physique est un facteur de risque puisqu'elle est liée au niveau d'hormones en circulation dans le sang et à l'efficacité métabolique.

L'activité physique diminue le risque de cancer du sein¹³². L'effet de l'activité physique est quelque peu plus fort chez les femmes postménopausées que chez les préménopausées

selon des études exhaustives sur l'activité physique dans le cadre du travail, des loisirs et des tâches ménagères^{132, 138}. La réduction du risque est plus grande lorsque l'activité est pratiquée toute la vie ou à une période plus avancée de la vie. Cependant, quelle que soit la période de la vie à laquelle l'activité physique est pratiquée, il a été déterminé qu'elle est toujours bénéfique. En outre, à la fois l'activité physique d'intensité modérée et vigoureuse diminue le risque de cancer du sein et tous les types d'activité sont associés à une réduction de risque.

En règle générale, l'activité physique semble influencer sur le risque de cancer du sein au moyen de plusieurs mécanismes, y compris la réduction du niveau des hormones sexuelles endogènes, de la résistance à l'insuline et de l'inflammation, et l'amélioration de l'efficacité métabolique^{132, 139-143}. D'après les études d'observation, la réduction des risques a été estimée à environ 25 % lors de la comparaison des participants à l'étude les plus actifs aux moins actifs. Jusqu'à maintenant, aucun essai clinique randomisé d'intervention relative à des exercices contrôlés n'a été mené pour déterminer le type exact, le niveau et la période d'activité nécessaires pour réduire l'incidence du cancer du sein. Par conséquent, il est actuellement nécessaire de fonder les recommandations visant à augmenter l'activité physique en vue de diminuer le risque de cancer du sein sur les données probantes disponibles des études observationnelles.

À la fois l'activité physique d'intensité modérée et vigoureuse diminue le risque de cancer du sein et tous les types d'activité sont associés à une réduction de risque.

o) La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains 2005* est axée sur la prévention des maladies chroniques et la promotion de modes de vie sains afin de diminuer les facteurs de risque courants. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont endossé cette stratégie afin de favoriser de saines habitudes de vie grâce à des mesures soutenues et coordonnées. Bien que les objectifs établis dans le cadre de cette stratégie ne sont pas propres au cancer, ils sont décrits dans cette section compte tenu de leurs liens avec l'obésité et l'excès de poids, l'inactivité physique et la consommation d'alcool.

p) Les Objectifs provinciaux/territoriaux en matière de modes de vie sains sont présentés à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/app-ann-a-fra.php>.

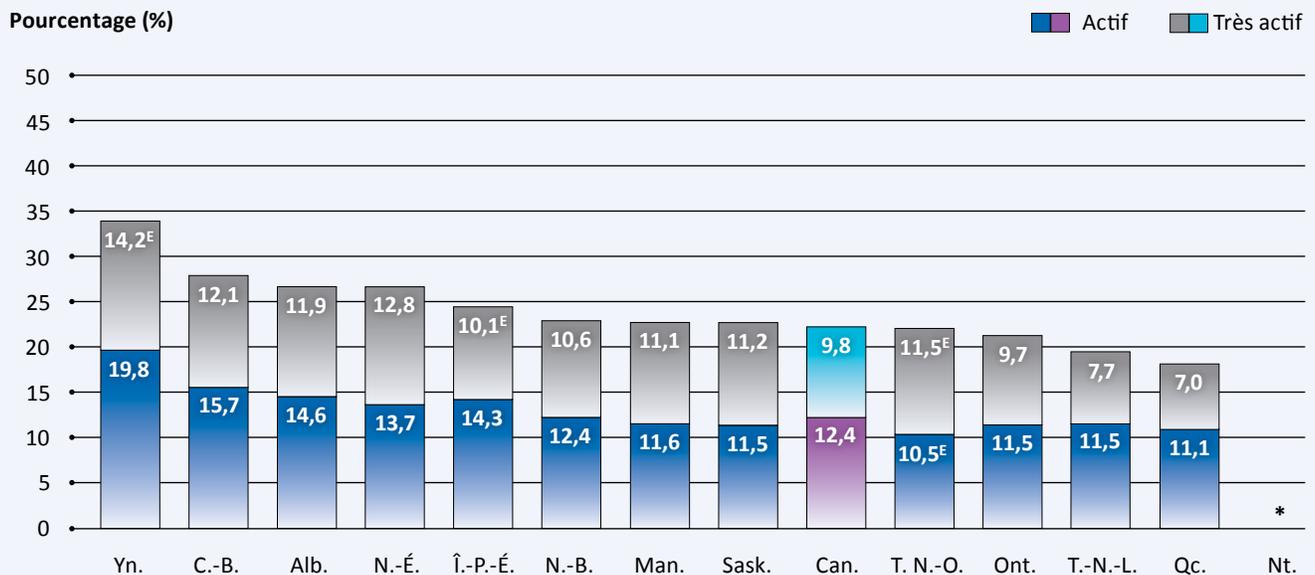
Le taux d'activité physique varie d'une province à l'autre.

En 2010, 22,2 % des Canadiennes âgées de 18 ans et plus ont déclaré qu'elles étaient actives (12,4 %) ou très actives (9,8 %) durant leurs loisirs, c'est-à-dire qu'elles font régulièrement 30 minutes d'activité physique par jour d'intensité modérée ou vigoureuse (figure 6.3). L'activité physique

durant les loisirs varie d'une province à l'autre; les taux de femmes actives ou très actives sont les plus faibles au Québec (18,1 %) et les plus élevés en C.-B. (27,8 %) et au Yukon (34,0 %). L'estimation pour le Yukon doit être interprétée avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon.

FIGURE 6.3

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui se déclarent actives ou très actives durant leurs loisirs par province et territoire – ESCC, 2010



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

^É Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

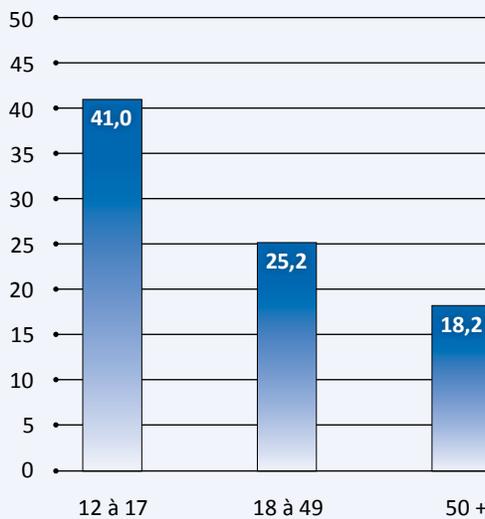
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

L'activité physique diminue énormément avec l'âge. Les filles de 12 à 17 ans sont les plus actives; 41,0 % ont déclaré en 2010 qu'elles étaient actives ou très actives durant leurs loisirs (figure 6.4). Seulement 18,2 % des femmes de plus de 50 ans indiquent ce niveau d'activité. On constate que l'activité physique pratiquée durant les loisirs diminue à une période de la vie à laquelle augmentent les risques de cancer du sein.

FIGURE 6.4

Pourcentage de femmes (de 12 ans et plus) qui se déclarent actives ou très actives durant leurs loisirs selon le groupe d'âge, Canada – ESCC, 2010

Pourcentage (%)



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

L'objectif visé des directives est de porter à 58 % la proportion de femmes modérément actives d'ici 2015.

Les interventions des autorités de la santé publique en vue d'augmenter l'activité physique chez les Canadiens peuvent réduire la morbidité et la mortalité associées à un certain nombre de maladies chroniques. La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, 2005* propose comme objectif d'augmenter de 20 % la proportion de Canadiens qui pratiquent régulièrement une activité physique entre 2005 et 2015¹³⁶. Selon les données de référence de l'ESCC de 2005 de l'Agence de la santé publique du Canada, 48 % des femmes ont déclaré faire chaque jour durant leurs loisirs au moins une demi-heure d'activité physique modérée à vigoureuse¹⁴⁴. Ce pourcentage doit augmenter de 20 % pour que soit atteint l'objectif de 58 % des Canadiennes qui pratiquent régulièrement une activité physique d'ici 2015.

La consommation d'alcool est associée à un risque accru de cancer du sein préménopausique et postménopausique.

Il a été déterminé qu'il existe un lien de causalité entre le cancer du sein et la consommation d'alcool¹³². La consommation d'alcool est associée au cancer du sein en fonction de la dose, c'est-à-dire que le risque augmente proportionnellement avec la quantité d'alcool consommée^{132, 145}. La consommation d'alcool augmente les niveaux de circulation d'estrogène dans le sang, qui contribuent, comme il a été démontré, au risque de cancer du sein¹⁴⁵.

L'[encadré 6.2](#) présente des renseignements additionnels sur le lien entre la quantité d'alcool consommée et le risque de cancer du sein.

Une étude prospective récente portant sur 105 986 femmes a consisté à examiner l'incidence de la consommation d'alcool à différentes périodes de la vie adulte d'une femme, sur le risque de développer un cancer du sein¹⁴⁶. Les résultats indiquent que la consommation cumulative d'alcool durant la vie adulte est associée au risque de cancer du sein. L'étude a aussi établi que la consommation d'alcool à la fois au début de la vie adulte (entre 18 et 40 ans) et plus tard dans la vie (après l'âge de 40 ans) est associée, fortement et indépendamment, au risque de cancer du sein¹⁴⁵.

ENCADRÉ 6.2

Degré de consommation d'alcool et risque de cancer du sein

Les preuves disponibles ne permettent pas d'établir une limite « sûre » de consommation d'alcool sous laquelle aucun risque accru de cancer n'apparaît¹³². Des constatations récentes portent à croire que même une faible consommation est associée à un risque accru de cancer du sein. Les femmes qui consomment 12,5 g ou moins d'alcool par jour, soit l'équivalent d'environ un verre, connaissaient une augmentation relative légère mais significative (environ 4 %) du risque de cancer du sein, en comparaison avec les personnes qui ne boivent pas d'alcool¹⁴⁵.

Dans l'ensemble, une Canadienne sur quatre ne boit pas d'alcool; mais seulement une femme sur 10 dans le quintile de revenu le plus élevé s'abstient de boire.

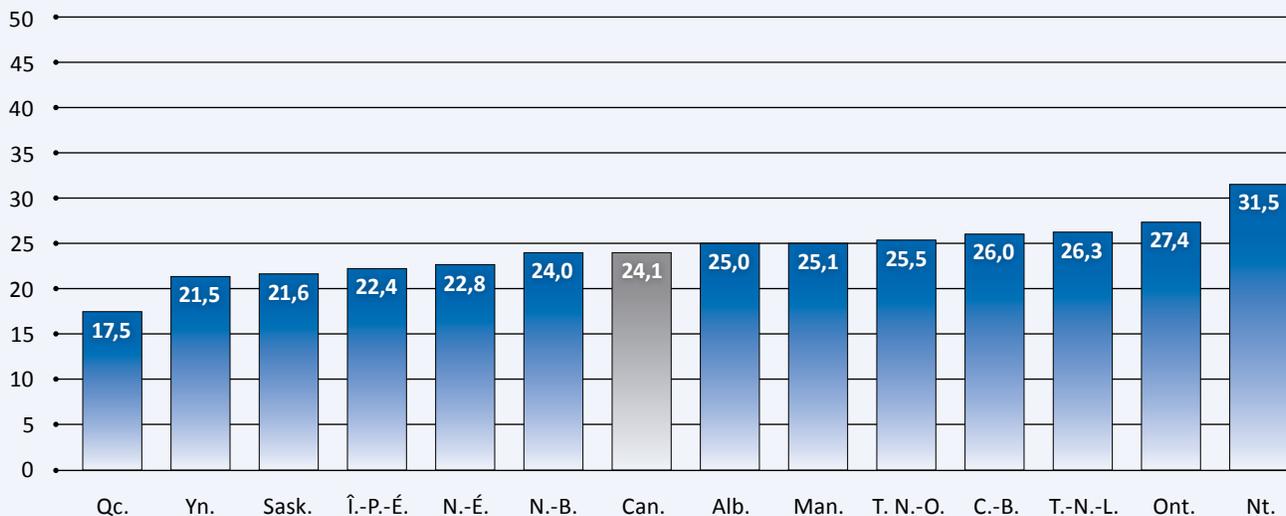
En 2010, près d'un quart des Canadiennes (24,1 %) ont déclaré s'être abstenues d'alcool au

cours des 12 mois précédents (figure 6.5)^q. Le nombre des Canadiennes ayant fait cette déclaration variait selon la province ou le territoire; le Nunavut affichant le pourcentage le plus élevé (31,5 %) et Québec le moins élevé (17,5 %).

FIGURE 6.5

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents par province et territoire – ESCC, 2010

Pourcentage (%)



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

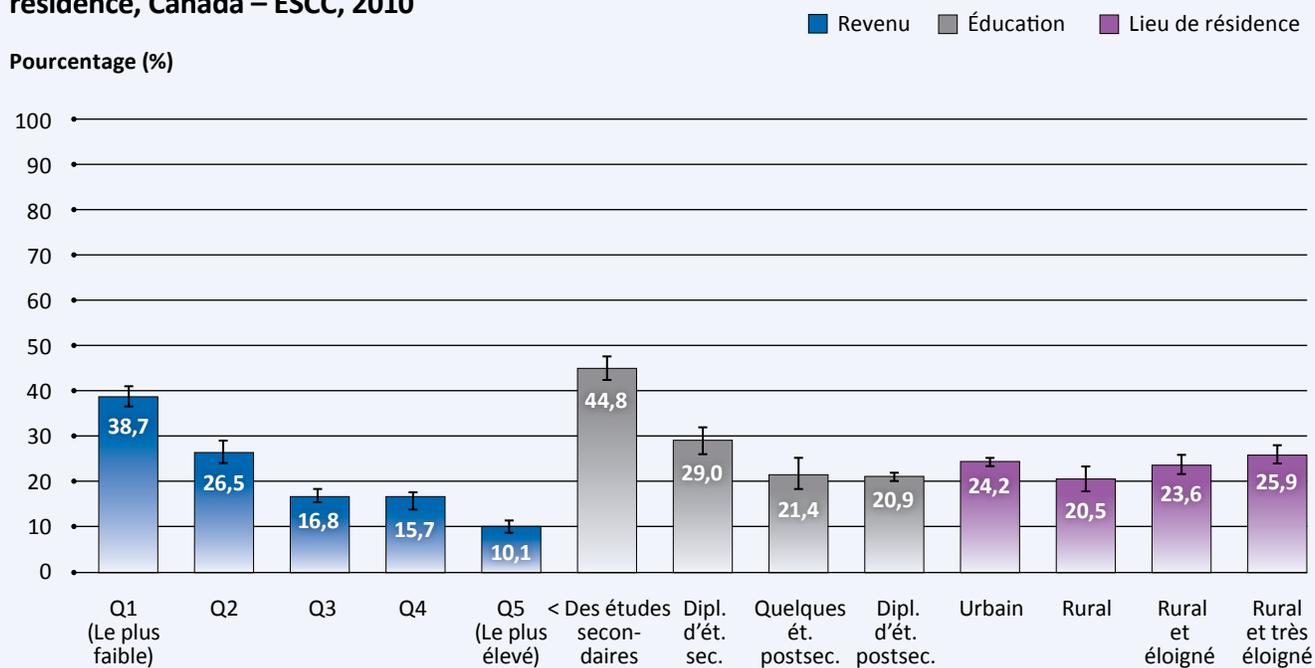
q) Puisqu'aucune limite sûre de consommation d'alcool n'a été déterminée et que même la consommation d'une faible quantité d'alcool a été associée à un risque accru de cancer du sein, le pourcentage indiqué est celui des Canadiennes ayant déclaré ne pas avoir consommé d'alcool (abstinence d'alcool).

Les Canadiennes du quintile de revenu supérieur étaient presque jusqu'à quatre fois moins susceptibles de s'être abstenues d'alcool au cours des 12 mois précédents par rapport aux femmes du quintile de revenu inférieur (10,1 % contre 38,7 %) (figure 6.6). Les femmes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires

étaient moins susceptibles de s'abstenir de consommer de l'alcool que les femmes ne détenant qu'un diplôme d'études secondaires (20,9 % contre 44,8 %) (figure 6.6). Il n'y a pas de tendance particulière qui se dessine quant à la consommation d'alcool selon que les femmes habitent en milieu urbain ou rural (figure 6.6).

FIGURE 6.6

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents selon le quintile de revenu, le niveau de scolarité du ménage et le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2010



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

La recommandation des directives de consommation à faible risque pour la prévention du cancer est de ne pas dépasser un verre par jour.

La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, 2005* ne comportait pas d'objectif en matière de consommation d'alcool¹³⁷. En novembre 2011, les premières *Directives nationales de consommation d'alcool à faible risque* étaient publiées par le Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool. Les directives recommandent, pour diminuer les risques à long terme pour la santé, de boire au plus deux verres par jour ou 10 verres par semaine pour les femmes, le tout entrecoupé de journées sans alcool. Les directives mentionnent aussi certaines situations où il faudrait éviter de boire complètement, p. ex. si vous prenez des médicaments¹⁴⁷.

Pour réduire le risque de cancer, la Société canadienne du cancer recommande aux femmes de ne pas prendre plus d'une consommation d'alcool par jour¹⁴⁸. Plus particulièrement, en ce qui concerne le cancer du sein, à la suite de l'examen de plusieurs études, le World Cancer Research Fund (WCRF) a conclu à l'existence de preuves convaincantes selon lesquelles l'alcool

est un facteur de risque pour le cancer du sein préménopausique et postménopausique. On a constaté une relation dose-effet entre la consommation d'alcool et les risques; cependant, aucune limite de consommation n'a été déterminée. L'organisation a conclu qu'il n'existait pas de limite « sûre » de consommation d'alcool sur le plan du risque de cancer du sein. Toutefois, conscient du fait que la consommation modérée d'alcool peut avoir un effet de protection contre les coronopathies, le WCRF recommande de limiter la consommation quotidienne d'alcool à deux verres tout au plus dans le cas des hommes et à un verre tout au plus dans celui des femmes¹³².

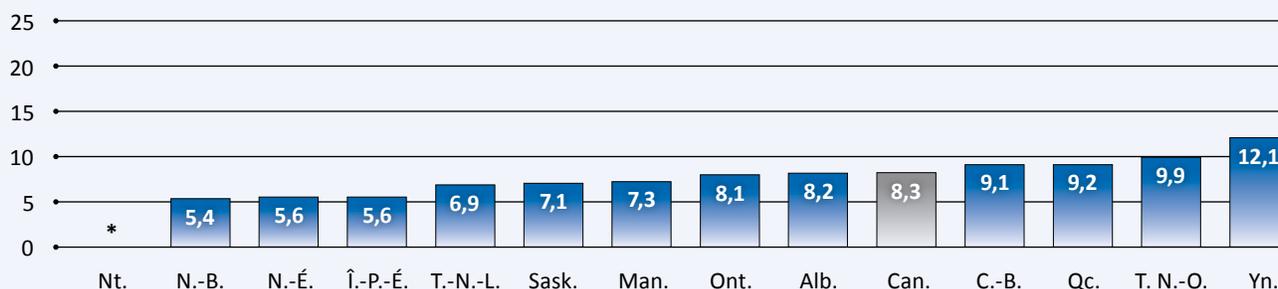
En 2010, 8,3 % des Canadiennes déclaraient dépasser la recommandation des directives de consommation d'alcool à faible risque, soit de ne pas prendre plus d'une consommation d'alcool par jour, en moyenne (figure 6.7). La proportion de femmes ayant déclaré dépasser la consommation recommandée dans les directives variait selon la province ou le territoire; le Yukon affichant le pourcentage le plus élevé (12,1 %) et le Nouveau-Brunswick, le plus faible (5,4 %).

Le World Cancer Research Fund a conclu qu'il n'existait pas de limite « sûre » de consommation d'alcool sur le plan du risque de cancer du sein.

FIGURE 6.7

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent dépasser la recommandation des directives de consommation à faible risque par province et territoire – ESCC, 2005

Pourcentage (%)



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

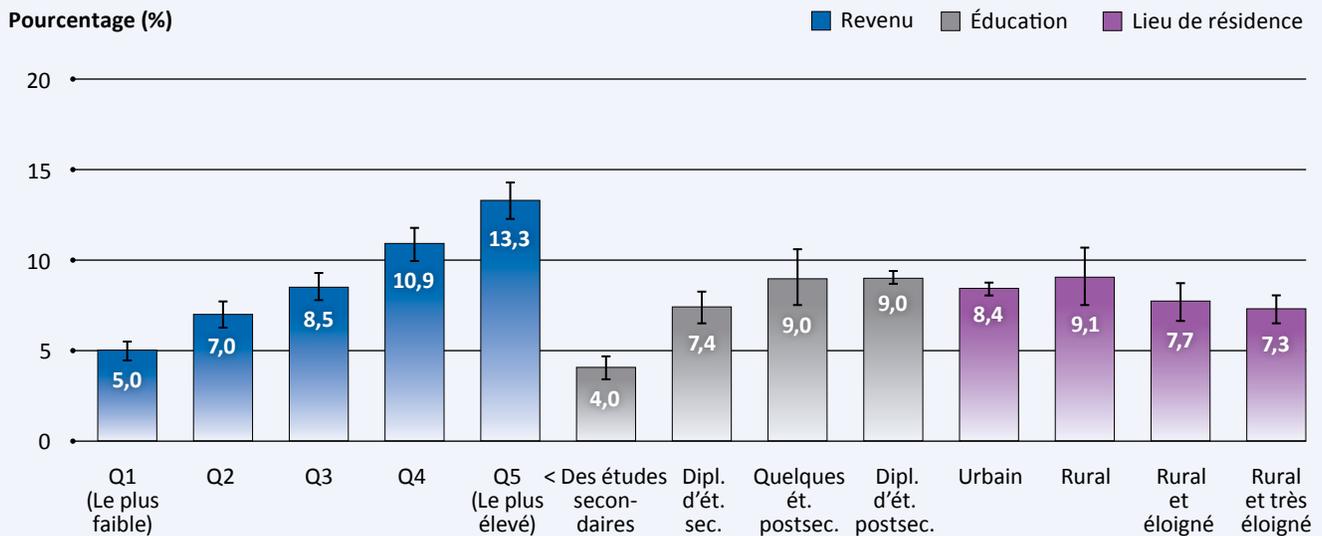
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Les Canadiennes du quintile de revenu le plus élevé étaient jusqu'à trois fois plus susceptibles d'avoir dépassé les recommandations de consommation d'alcool à faible risque durant la semaine précédente en comparaison avec les femmes du quintile de revenu le moins élevé (13,3 % contre 5,0 %) (figure 6.8). Les femmes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires étaient plus susceptibles de dépasser les

recommandations de consommation d'alcool à faible risque que les femmes détenant un diplôme d'études secondaire (9,0 % contre 4,0 %) (figure 6.8). L'examen de la consommation d'alcool à faible risque n'a révélé aucune tendance particulière quant à la consommation d'alcool selon que les femmes habitent dans un milieu urbain ou rural) (figure 6.8).

FIGURE 6.8

Pourcentage de femmes (de 18 ans et plus) qui déclarent dépasser la recommandation des directives de consommation à faible risque selon le quintile de revenu, le niveau de scolarité et le lieu de résidence, Canada – ESCC, 2005



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués dans la figure.

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

La chimioprévention est un volet de plus en plus important des efforts visant à atténuer le fardeau du cancer du sein.

Étant donné que l'utilisation du tamoxifène en guise de thérapie adjuvante a permis de réduire considérablement la récurrence du cancer et le développement de nouveaux cancers primitifs chez les femmes atteintes du cancer du sein, les

chercheurs ont fait des tests afin de déterminer son efficacité en tant qu'agent chimiopréventif chez les femmes n'ayant pas d'antécédents de cancer du sein mais qui courent un plus grand risque de contracter la maladie. Le tamoxifène est l'un des trois médicaments (les autres sont le raloxifène et l'exemestane) ayant fait l'objet d'essais cliniques visant à établir leur efficacité potentielle pour prévenir le cancer du sein.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a recommandé en 2001 que les femmes qui courent un plus grand risque d'être atteintes d'un cancer du sein soient mises au courant des éventuels effets bénéfiques ou néfastes de l'utilisation du tamoxifène en prévention contre le cancer du sein¹⁴⁹. Le groupe d'étude a fait remarquer le caractère arbitraire du seuil de risque élevé et a fait référence à l'étude P-1, réalisée dans le cadre du National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project, qui portait sur des femmes qui présentaient un risque estimatif à cinq ans d'au moins 1,66 % selon l'indice de Gail. En guise d'exemples de situations cliniques à risque élevé, mentionnons, entre autres, le cas de deux parents au premier degré atteints d'un cancer du sein, des antécédents de carcinome lobulaire *in situ* ou des antécédents d'hyperplasie atypique. Lorsque le risque de souffrir d'un cancer du sein dépasse 5 % et que les avantages de la chimioprévention l'emportent sur les effets néfastes de celle-ci, une femme peut choisir de prendre du tamoxifène. Dans de

tels cas, ce médicament peut être pris pendant cinq ans, si l'on se fie aux résultats des tests effectués sur le tamoxifène auxquels ont participé des femmes atteintes d'un cancer du sein en stade initiale.

Alors que la U.S. Food and Drug Administration a approuvé l'utilisation du tamoxifène pour la prévention primaire du cancer du sein aux É.-U., l'utilisation de ce médicament à cette fin n'a pas été approuvée au Canada. Certaines provinces (notamment l'Ontario et la Colombie-Britannique) n'ont pas émis de restrictions quant au remboursement du tamoxifène, ce qui signifie que les médecins peuvent le prescrire à des fins de chimioprévention.

Il n'existe pas de données facilement accessibles permettant de mesurer l'utilisation de la chimioprévention du cancer du sein à l'échelon pancanadien. Des efforts seront faits pour rendre plus accessibles de telles données en vue de mettre au point un indicateur.

ENCADRÉ 6.3

Détails additionnels sur le tamoxifène et d'autres médicaments utilisés pour la chimioprévention

Le tamoxifène est un œstrogène de confection (œstrogène SERM) qui peut prévenir le cancer du sein à récepteur œstrogène positif chez les femmes n'ayant pas d'antécédents de cette maladie mais qui courent un plus grand risque en raison de leurs antécédents familiaux, de leur âge et des leurs antécédents personnels (p. ex. antécédents génésiques)^{150, 151}. Selon une méta-analyse des résultats de cinq tests de prévention primaire, l'utilisation du tamoxifène est associée à une diminution de 38 % de l'incidence du cancer du sein. Une réduction de 48 % du cancer du sein ER positif a été observé¹⁵².

Le raloxifène, un médicament plus récent que le tamoxifène, est également un œstrogène SERM et il a été démontré qu'il était aussi efficace que le tamoxifène pour réduire l'incidence du cancer du sein chez les femmes postménopausiques qui courent un risque accru. Le risque de subir des effets néfastes est plus faible pour le raloxifène que pour le tamoxifène, en particulier dans les cas de cancer utérin¹⁵³.

Il a été démontré que l'exemestane, un inhibiteur d'aromatase, réduisait de 65 % le risque de cancer du sein ER positif chez les femmes postménopausiques n'ayant pas d'antécédents de cancer du sein mais qui courent un plus grand risque de contracter la maladie¹⁵⁴.

Conclusion

De nombreux facteurs de risque associés au cancer du sein, comme l'âge et les antécédents familiaux, ne sont pas modifiables. Cette section a présenté les données sur la prévalence à l'aide de trois indicateurs généralement associés à un risque accru du cancer du sein : excès de poids et obésité, inactivité physique et consommation d'alcool. Des objectifs ont été établis pour ces facteurs de risque comportementaux afin de lutter contre le cancer, les maladies du cœur, le diabète, et d'autres maladies chroniques. Selon les données de l'Enquête présentées ici, les Canadiennes ont des taux élevés d'excès de poids et d'obésité et d'inactivité physique, en particulier les femmes de plus de 50 ans alors que les risques de cancer du sein augmentent.

Les données des études menées jusqu'à maintenant indiquent que seulement une fraction de l'incidence du cancer du sein est attribuable à l'excès de poids et à l'obésité, la consommation d'alcool, et l'inactivité physique. Néanmoins, la présentation des taux de prévalence comparatifs de ces facteurs de risque dans le contexte d'un vaste rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer du sein permet un examen des liens entre ces facteurs de risque et d'autres mesures (y compris les résultats à long terme). La présente section traite également de l'utilisation du tamoxifène et des médicaments similaires en tant qu'agents chimiopréventifs du cancer du sein. Cette question sera traitée dans des rapports ultérieurs lorsque des données sur des indicateurs pancanadiens seront disponibles.

Recherche sur le cancer du sein

SECTION SEPT

FIGURE 7.1

Répartition des investissements au titre de la recherche selon le type de cancer (2009) et des nouveaux cas de cancer (2007) selon le siège de maladie, Canada
P. 89

FIGURE 7.2

Ratio des patients inscrits à des essais cliniques et des nouvelles inscriptions selon le siège de la maladie, Canada – adultes traités dans des centres anticancéreux provinciaux en 2011
P. 91

CONCLUSION

P. 93



Recherche sur le cancer du sein

Au Canada, le milieu de la recherche sur le cancer du sein est très dynamique. Plusieurs organismes canadiens axés sur la recherche appuient la recherche sur le cancer du sein, entre autres :

- La Société canadienne du cancer
- Les Instituts de recherche en santé du Canada
- La Société de recherche sur le cancer
- La Fondation canadienne du cancer du sein

En outre, d'autres organisations provinciales et fondations hospitalières financent et soutiennent la recherche sur le cancer du sein.

Le présent rapport ne vise pas à fournir un compte rendu détaillé des activités et réalisations des initiatives de recherche sur le cancer du sein au Canada, y compris celles financées par les organisations susmentionnées. Son objectif est de présenter les indicateurs du rendement lorsque des données sont disponibles (ou de discuter des indicateurs potentiels dans les cas où des données seront bientôt fournies). La capacité de mesurer le rendement et l'incidence de l'activité de recherche sur le cancer au Canada est restreinte par l'absence de données facilement disponibles mesurant le processus, l'extrait et le résultat de l'activité de recherche à l'échelon pancanadien.

Cette section présente les données ayant trait à deux mesures pouvant être considérées comme des indicateurs substitutifs du rendement du système en ce qui a trait à l'activité de recherche sur le cancer du sein : le niveau de financement de la recherche sur le cancer du sein, par rapport au financement global de la recherche sur le cancer et les ratios des essais cliniques liés au cancer du sein, relativement aux autres cancers.

La présente section passe également en revue les stratégies pouvant être adoptées pour mesurer les activités liées à la recherche sur le cancer du sein et mettre au point des indicateurs pouvant être inclus dans les prochains rapports sur le rendement du système. Ces stratégies dépendent de l'intensification des efforts en matière de collecte de données liées aux investissements dans la recherche, de la participation des chercheurs et de l'incidence relative de la recherche sur la lutte contre le cancer.



Au Canada, la part des fonds alloués à la recherche sur le cancer du sein est considérable, compte tenu du fardeau de la maladie mesuré par les indices épidémiologiques.

La présente section porte sur les estimations du financement accordé à la recherche sur le cancer du sein en 2009, selon les données sur le financement de la recherche déclarées à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC)^r. Au total, 39 organismes de recherche canadiens ont consacré 545,5 millions de dollars à la recherche sur le cancer en 2009. Les projets non spécifiques qui, selon la définition, sont ceux qui ont une incidence sur tous les types de cancer, touchent un financement de 280,1 millions de dollars. Du montant global du financement versé au titre de la recherche, 265,4 millions de dollars (48,6 %) sont consacrés

à un type de cancer en particulier et la part de cette somme spécifiquement allouée à la recherche sur le cancer du sein s'établit à 74,5 millions de dollars (28 %). La [figure 7.1](#) indique que plus de fonds ont été attribués à la recherche sur le cancer du sein qu'à la recherche sur les trois autres cancers majeurs (colorectal, poumon, prostate) pris ensemble (72,1 millions de dollars). Le financement de la recherche au chapitre des « Autres types de cancer » s'établissait à 118,8 millions de dollars.

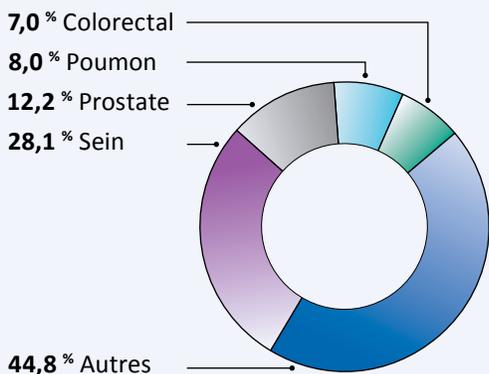
Il est instructif d'étudier le financement de la recherche à la lumière du fardeau de la maladie associé à certains cancers, tel que l'indiquent les mesures épidémiologiques. La [figure 7.1](#) donne à voir la répartition des investissements au titre de la recherche de même que les nouveaux cas, selon le type de cancer. Le cancer du sein intervient pour 13 % des nouveaux cas

Le financement consacré au cancer du sein est plus que proportionné par rapport à la part du fardeau global du cancer que celui-ci représente tel que mesuré par l'incidence.

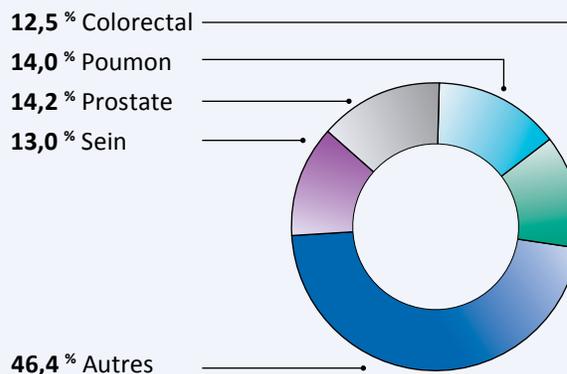
FIGURE 7.1

Répartition des investissements au titre de la recherche selon le type de cancer (2009) et des nouveaux cas de cancer (2007) selon le siège de maladie, Canada

% d'investissements axés sur un type de cancer précis



% de nouveaux cas



Source des données sur les investissements dans la recherche sur le cancer : base de données de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer.

Source des données sur les nouveaux cas de cancer : tableau 103-0550 de CANSIM Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (fichier de juillet 2010 du RCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel. Registre canadien du cancer 2007.

r) Ces estimations sous-estiment le niveau de financement de la recherche au Canada car l'ACRC ne tient pas compte des données sur le financement de la BC Cancer Foundation, de fondations rattachées à certains établissements (p. ex. des fondations hospitalières), des programmes fédéraux ou provinciaux pour lesquels le financement de la recherche en santé ne représente qu'une faible part du financement accordé, ou de la recherche ou du développement commandité par l'industrie. Est également exclus le financement accordé à des chercheurs d'établissements canadiens par des bailleurs de fonds étrangers.

de cancer et 28 % des fonds spécifiquement alloués à la recherche sur un type de cancer lui sont consacrés % (soit 74,5 millions de dollars de la somme investie de 265,4 millions de dollars).

Qui plus est, la recherche sur le cancer du sein dans d'autres pays est bien financée, comparativement à celle sur d'autres types de cancer. Par exemple, le U.S. National Cancer Institute (NCI) a consacré 625 millions de dollars à la recherche sur le cancer du sein en 2011, soit trois fois plus que le montant alloué au titre de la recherche sur le cancer du poumon (296,8 millions de dollars)¹⁵⁵ en dépit du fait que le taux de mortalité pour le cancer du poumon soit élevé. Le National Cancer Research Institute du Royaume-Uni fait état d'une tendance similaire, plus de fonds étant consacrés à la recherche sur le cancer du sein qu'à celle sur tout autre type de cancer (20 % du financement de la recherche portant sur un type de cancer en particulier a été alloué au cancer du sein en 2010)¹⁵⁶.

Le taux de participation à des essais cliniques est une mesure des taux d'accumulation en ce qui concerne le cancer du sein, relativement à d'autres types de tumeur.

La participation aux essais cliniques de phases de I à IV apporte d'importantes contributions à la découverte de nouveaux traitements et permet d'obtenir des données sur l'efficacité comparative des options thérapeutiques. Forts des résultats des essais cliniques, les cliniciens peuvent procéder avec confiance à l'intégration à leur pratique de thérapies nouvelles et plus efficaces et mettre un terme aux pratiques comportant moins d'avantages ou de nature plus toxique. Les patients traités dans des centres qui offrent des programmes d'essais cliniques obtiennent d'ordinaire de meilleurs résultats que ceux qui sont traités ailleurs. Cet avantage du point de vue des résultats est

vraisemblablement attribuable au respect plus rigoureux des lignes directrices fondées sur des données probantes dans les centres qui s'adonnent activement à la recherche clinique^{157, 158}.

Le nombre d'essais cliniques de même que les taux de participation à ceux-ci ont fléchi au Canada au cours des dix dernières années¹⁵⁹. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance, entre autres :

- L'augmentation croissante des coûts des essais cliniques
- Les difficultés liées au recrutement et à l'inscription de patients
- Les complexités de la surveillance réglementaire et éthique
- L'émergence de marchés plus concurrentiels aux fins de la conduite d'essais
- Le resserrement du financement que les établissements accordent aux essais, en particulier ceux menés dans le secteur universitaire

Le Canada n'est pas le seul pays à être aux prises avec de tels problèmes. D'autres pays comme le Royaume-Uni ont éprouvé des difficultés similaires. Les gouvernements de ces pays ont procédé à des investissements majeurs afin de favoriser l'accès de la population aux renseignements sur les essais cliniques et d'améliorer le recrutement en vue de la participation à des essais cliniques ou d'autres activités de recherche axées sur les patients¹⁶⁰.

L'établissement de comparaisons entre le pourcentage de patients inscrits à des essais cliniques un peu partout à travers le pays pourrait permettre de mettre en lumière des possibilités d'intensifier les efforts en vue d'encourager la participation aux essais cliniques. Compte tenu des limites actuelles des données, ce pourcentage est estimé à l'aide d'une mesure substitutive, soit le ratio des patients inscrits à des essais cliniques par rapport aux nouveaux patients inscrits à des centres anticancéreux. Comme l'illustre la [figure 7.2](#), le ratio des

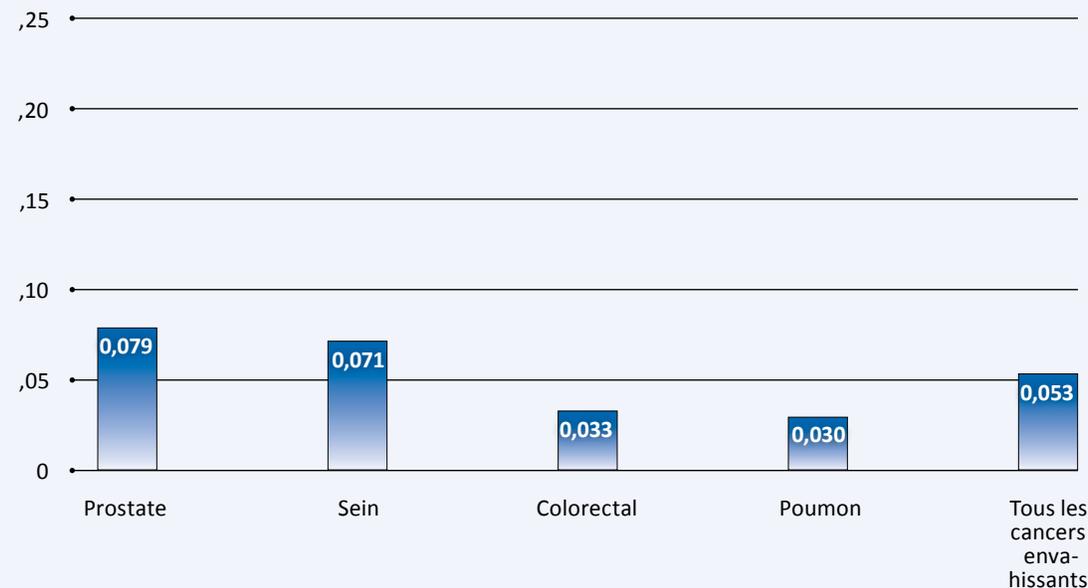
patients adultes inscrits à des essais cliniques par rapport aux nouveaux patients inscrits à des centres anticancéreux (pour les provinces qui présentent des données) s'établissait, en 2011, à 0,071 (soit 7,1 %) pour ce qui est du cancer du sein. Le ratio correspondant est de 0,030 (3,0 %) pour le cancer du poumon, 0,033 (3,3 %) pour le cancer colorectal et 0,079 (7,9 %) pour le cancer de la prostate. Pour l'ensemble des cancers envahissants, le ratio des patients adultes inscrits à des essais cliniques par rapport aux nouveaux patients inscrits à des centres anticancéreux s'établissait à 0,053 (5,3 %).

Les objectifs quant aux taux de participation optimaux ne sont pas largement acceptés. Certains patients ne remplissent pas les conditions requises pour prendre part aux essais cliniques qui sont menés car les paramètres d'inscription à ces derniers sont souvent rigoureux (p. ex. il peut y avoir des critères démographiques ou se rapportant à la tumeur ou à l'admissibilité sur le plan clinique). Selon certaines personnes, l'objectif d'inscrire 10 % ou plus des patients à des essais serait cependant réalisable et significatif^{f158, 159}.

FIGURE 7.2

Ratio des patients inscrits à des essais cliniques et des nouvelles inscriptions selon le siège de la maladie, Canada – adultes traités dans des centres anticancéreux provinciaux en 2011

Proportion



Il s'agit d'une mesure de substitution de la participation aux essais cliniques.

Sont inclus tous les essais cliniques ayant trait au cancer (toutes les phases et tous les types d'intervention) enregistrés en 2011 de même que tous les patients traités pour la première fois au centres anticancéreux en 2011.

Moyenne des provinces ayant soumis des données comparables (les provinces suivantes sont incluses dans la ventilation des sièges de la maladie : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Sask.; les provinces suivantes sont incluses dans la catégorie de tous les cancers envahissants : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., Sask.).

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Les rapports antérieurs sur le rendement du système diffusés par le Partenariat renfermaient des données sur l'inscription à des essais cliniques, selon la province. Aux fins du présent rapport, les organismes provinciaux de lutte contre le cancer n'ont pas communiqué de données selon le type de cancer. Les responsables de l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat passeront en revue les mesures de l'inscription à des essais cliniques en vue d'établir une mesure comparable d'une province à l'autre qui pourrait être utilisée pour fixer des objectifs en matière de rendement. Le but est de fournir des données sur l'inscription à des essais cliniques selon le siège de cancer. De telles données ont été regroupées ailleurs¹⁶¹. La documentation semble indiquer l'existence d'obstacles à l'inscription à des essais cliniques dans le cas des patientes atteintes d'un cancer du sein¹⁶² et, en règle générale, selon le siège et le stade de cancer¹⁶³.

Possibilité d'améliorer les mesures de l'activité de recherche en vue des prochains rapports sur le rendement du système de sorte qu'elles tiennent compte des intrants dans la recherche (p. ex. participation des cliniciens), des extrants (p. ex. publications) et des secteurs qui ont été désignés prioritaires pour le milieu de la recherche.

Plusieurs stratégies visant à mesurer l'activité de recherche au Canada font l'objet d'un examen en vue des prochains rapports sur le rendement du système du Partenariat :

- La mesure du nombre de cliniciens collaborant à la recherche sur le cancer en général, et à la recherche axée sur des types particuliers de cancer, a servi d'indicateur des niveaux de l'activité de recherche dans plusieurs études^{155, 164}. L'adoption d'une telle approche serait possible grâce à l'élargissement des données d'enquête transmises par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer puisqu'il serait alors possible d'indiquer quels chercheurs se consacrent surtout à la recherche sur le cancer du sein et de diffuser des données détaillées sur les chercheurs dont les travaux de recherche sont subventionnés par le secteur privé ou par certains organismes gouvernementaux.
- Il est instructif d'avoir des renseignements sur le financement de la recherche selon le volet de recherche, le type de subvention et la priorité de la recherche. (p. ex. recherche axée sur la biologie, la prévention, le dépistage précoce, le traitement du cancer du sein, etc.). Par exemple, il serait particulièrement utile d'établir dans quelle mesure il est donné suite aux 17 priorités en matière de recherche sur le cancer du sein définies par les chercheurs et les bailleurs de fonds et dont il est fait état dans le Cadre national de recherche sur le cancer du sein¹⁶⁵ (voir l'annexe V). L'ACRC et l'Ontario Institute for Cancer Research (OICR) ont rendu compte de la ventilation des investissements ou projets de recherche selon le domaine de lutte contre le cancer, le type de cancer et le type de projet^{164, 166}.
- Le nombre de travaux de recherche financés dont les résultats ont été diffusés dans des revues a été étudié, à la fois d'un point de vue général et de celui de l'incidence de la revue^{164, 167}. Le Canada a apporté une contribution significative à ce nombre croissant d'études publiées et il fait partie des dix principaux pays les plus efficaces sur le plan de la recherche bibliographique¹⁶⁷. Bien qu'il s'agisse d'une importante mesure de l'activité de recherche, il n'est pas possible d'en faire un indicateur du rendement du système, compte tenu des sources de données auxquelles le Partenariat a accès à l'heure actuelle (soit par l'entremise de l'ACRC ou des organismes provinciaux de lutte contre le cancer).

Conclusion

Les investissements dans la recherche sur le cancer du sein ont débouché sur des percées dans l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer, depuis la biologie fondamentale du cancer jusqu'à la survie au cancer. En 2009, des subventions de 545,5 millions de dollars au titre du soutien à la recherche sur le cancer ont été accordées aux chercheurs canadiens par 39 organismes de financement. Cette estimation ne tient pas compte de toutes les sources de soutien, par exemple, de certains investissements fédéraux, provinciaux, privés ou étrangers (comme ceux du National Cancer Institute des É.-U.). Bien que les nouveaux cas de cancer du sein figuraient pour 13 % de tous les cas de cancer en 2007, les investissements dans la recherche sur le cancer du sein en particulier ont représenté 28 % du financement de la recherche axée sur un type de cancer en particulier en 2009 (soit 74,5 millions de dollars de 265,4 millions de dollars). Le niveau de financement assez élevé de la recherche sur le cancer du sein au Canada correspond aux niveaux relevés aux É.-U. et au R.-U.

En ce qui concerne la recherche sur le cancer du sein, les priorités ont été établies par et pour

les chercheurs canadiens et des mesures plus perfectionnées de l'activité de recherche pourraient être élaborées à l'avenir pour évaluer jusqu'à quel point les investissements dans la recherche ciblent les secteurs prioritaires. Pour ce qui est du cancer du sein, le taux de participation aux essais cliniques est supérieur à celui qui a été observé pour le cancer colorectal et le cancer du poumon, mais il est inférieur à celui enregistré pour le cancer de la prostate, en dépit du fait que les investissements dans la recherche sont bien plus importants. Cette constatation semble indiquer qu'il existe des divergences quant à l'utilisation des investissements dans la recherche (p. ex., pourcentage des fonds consacrés aux essais cliniques) en ce qui a trait au cancer du sein et aux autres types de cancer.

Des plans sont en voie d'élaboration afin de mettre au point d'autres méthodes de mesure de l'activité de recherche et de son incidence. Par exemple, une mesure de l'inscription à des essais cliniques au Canada fournirait des données sur la participation à la recherche et l'accès pour les patients à de nouvelles thérapies.

Conclusions

D'importantes avancées dans la lutte contre le cancer sont à l'origine d'une diminution de la mortalité par cancer du sein au Canada. La hausse des taux de dépistage débouchant sur la détection précoce, des diagnostics plus précis et des traitements mieux ciblés ont tous contribué à cette tendance. Pourtant, le fardeau du cancer du sein demeure lourd pour les Canadiennes, car plus de 5 000 d'entre elles décèdent des suites de cette maladie chaque année.

Le présent rapport renferme un aperçu détaillé des connaissances sur le rendement des efforts visant à lutter contre le cancer du sein à l'échelle du Canada, depuis les étapes de la prévention et du dépistage, en passant par le diagnostic et le traitement, jusqu'aux résultats déclarés par les patientes et soins terminaux. Sont également présentés les indicateurs de l'activité de recherche et les mesures épidémiologiques des résultats de la lutte contre le cancer.

Le présent rapport, de même que d'autres faisant partie de la série de rapports sur le rendement du système diffusés par le Partenariat, vise à jeter de la lumière sur les possibilités d'apporter des améliorations à l'échelle du système. Ces modifications potentielles sont fort variées, allant des améliorations aux mesures normalisées et à la collecte des données jusqu'à celles apportées aux stratégies de lutte contre le cancer et l'établissement d'une concordance plus étroite entre les tendances relatives à la pratique clinique et les lignes directrices fondées sur des données probantes. En dernier ressort, l'objectif est de prévenir le cancer et, lorsque la maladie survient, de s'assurer que les Canadiens reçoivent un appui solide et des soins d'une qualité optimale.

Voici en résumé quelques-unes des conclusions notables du présent rapport :

- **Dépistage** : dans la plupart des provinces et des territoires, plus de 70 % des femmes faisant partie du groupe d'âge ciblé (de 50 à 69 ans) ont déclaré d'avoir subi des examens mammographiques. Les taux de dépistage sont toutefois plus faibles chez les femmes vivant dans les quartiers les plus défavorisés. Une grande proportion de femmes ne faisant pas partie de ce groupe d'âge font l'objet d'un test de dépistage, d'où des conséquences du point de vue des ressources et de la capacité du système.
- **Diagnostic** : les temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution constituent toujours un problème : aucune des provinces ayant déclaré des données de 2010 n'a atteint les objectifs fixés pour ces temps d'attente. La bonne nouvelle découlant de l'acquisition récente des données sur la stadification représentatives de la population fournies par neuf provinces, c'est que plus de 80 % des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en 2010 souffraient d'un cancer au stade initial et que seulement 5 % d'entre elles étaient atteintes d'un cancer du sein métastatique.
- **Traitement** : conformément aux lignes directrices relatives à la pratique clinique, 87 % des femmes qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein (CCS) ont ensuite suivi une radiothérapie. Ce

pourcentage, tel que mesuré dans les cinq provinces qui fournissent des données, s'est amélioré au cours de la période de trois ans allant de 2007 à 2009. Le taux d'utilisation de la radiothérapie à la suite d'une CCS variait d'une province. Le pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant qui subissent une mammographie était compris entre 27 % et 69 % même si, la CCS est le traitement recommandé dans le cas de nombreuses femmes. Le pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du sein qui suivent une chimiothérapie au cours de l'année suivant le diagnostic est disponible pour certaines provinces et il est déclaré comme la première étape de l'évaluation de la concordance des lignes directrices.

- **Expérience vécue par les patientes et soins terminaux qui leur sont offerts** : les indicateurs grâce auxquels il est possible d'évaluer l'expérience vécue par les Canadiennes atteintes du cancer sont peu nombreux. Même si bon nombre de provinces utilisent des outils normalisés d'évaluation des symptômes, peu d'entre elles rendent compte de l'utilisation de ces outils dans le cas des femmes atteintes du cancer du sein. Pour ce qui est des soins terminaux, le pourcentage de patientes atteintes du cancer du sein qui décèdent à domicile au Canada est faible, semble-t-il, comparativement à celui observé aux É.-U.
- **Prévention** : les taux d'excès de poids, d'obésité et d'inactivité physique sont toujours assez élevés parmi les Canadiennes, en particulier chez les femmes de plus de 50 ans, lorsque le risque de cancer du sein est en hausse. Alors que la chimioprévention est un élément de plus en plus important de la lutte contre le cancer du sein, les données disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de calculer une mesure à l'échelon pancanadien.

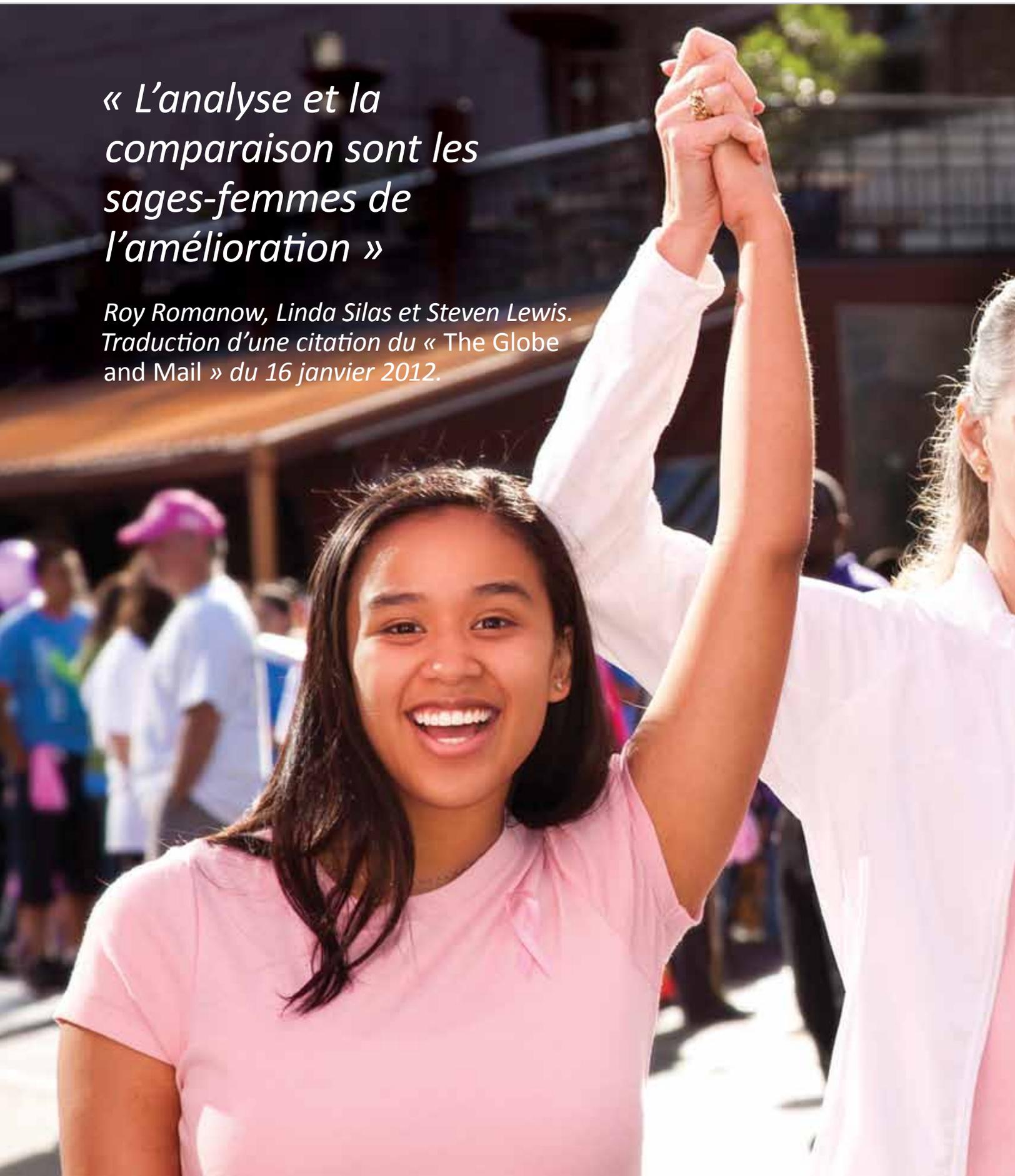
- **Recherche** : les investissements dans la recherche sur le cancer du sein sont assez robustes, semble-t-il. Tandis que le cancer du sein intervient pour seulement 13 % de tous les nouveaux cas de cancer, 28 % des fonds consacrés à la recherche selon le type de cancer lui sont consacrés. Les taux de participation aux essais cliniques des patientes atteintes du cancer du sein sont supérieurs au taux moyen pour l'ensemble des cancers.

Grâce aux partenariats noués avec des entités nationales, par exemple l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, la Société canadienne du cancer et l'Agence de la santé publique du Canada, des efforts sont faits en vue d'accroître considérablement le rendement du système canadien de lutte contre le cancer. Les partenaires provinciaux et territoriaux, entre autres les responsables provinciaux de la lutte contre le cancer, collaborent également activement à l'exécution de cette tâche qui nécessite l'élaboration de mesures et de mécanismes d'établissement de rapports visant à saisir avec précision les aspects du système de lutte contre le cancer qui ont une incidence sur son rendement. Il est prévu, non seulement d'étendre à de nouveaux domaines la mesure du rendement, notamment à l'efficacité du système, à la sécurité des patients et aux résultats déclarés par ces derniers, mais également d'améliorer la capacité d'assurer le suivi des expériences vécues par des populations vulnérables, telles les personnes qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées (y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis), les Canadiens à faible revenu, les nouveaux immigrants et les autres groupes ayant des besoins spéciaux.

Les initiatives prises aux échelons national et provincial, ou territorial, permettront au Partenariat d'enrichir son portefeuille d'indicateurs et d'étoffer le compte rendu des réalisations importantes dans le domaine de la lutte contre le cancer de même que les possibilités d'améliorer le système.

*« L'analyse et la
comparaison sont les
sages-femmes de
l'amélioration »*

*Roy Romanow, Linda Silas et Steven Lewis.
Traduction d'une citation du « The Globe
and Mail » du 16 janvier 2012.*





Annexe I

Membres du Comité directeur sur le rendement du système et Groupe de travail technique

Comité directeur sur le rendement du système	
Eric Bow	Directeur médical, Services cliniques et universitaires, Services de la lutte contre les infections, Action cancer Manitoba; directeur médical, Programme d'oncologie, Régie régionale de la santé de Winnipeg (Manitoba)
Andy Coldman	Vice-président, Oncologie des populations, BC Cancer Agency (Colombie-Britannique)
Peter Craighead	Directeur médical, Tom Baker Cancer Centre, et président du Département d'oncologie, Université de Calgary (Alberta)
Liz Dobbin	Chef, Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard (Île-du-Prince-Édouard)
Carman Giacomantonio	Chef, directeur médical, Cancer Care Nova Scotia Scotia (N.-É.)
Eshwar Kumar	Cochef de la direction, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick)
Jean Latreille	Direction Québécoise du cancer (Québec)
Carol Sawka	Vice-présidente, Action cancer Ontario (Ontario)
Colum Smith	Vice-président, Services cliniques et médecin-hygiéniste principal, Saskatchewan Cancer Agency (Saskatchewan)
Sharon Smith	Directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health, H. Bliss Murphy Cancer Centre (Terre-Neuve-et-Labrador)

Groupe de travail technique sur le rendement du système	
Rebecca Anas	Directrice, Secrétariat du contrôle de la qualité de l'Ontario (Ontario)
Grlica Bolesnikov	Coordonnatrice, Gestion de la qualité et de la responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick)
Farah McCrate	Épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health (Terre-Neuve-et-Labrador)
Colleen Mcgahan	Chef de la biostatistique, Cancer Surveillance and Outcomes, Population Oncology, BC Cancer Agency (Colombie-Britannique)
Louise Paquet (intérimaire)	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
Tom Snodgrass	Chef de section, Cancer Outcomes and Performance Measurement, Alberta Health Services – Cancer Care (Alberta)
Jon Tonita	Vice-président, Santé de la population, Saskatchewan Cancer Agency (Saskatchewan)
Donna Turner	Épidémiologiste et directrice provinciale, Oncologie et population, Action Cancer Manitoba (Manitoba)
Gordon Walsh	Épidémiologiste, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia (Nouvelle-Écosse)
Kim Vriends	Directeur, Registre du cancer de l'Î.-P.-É. (Île-du-Prince-Édouard)

Annexe II

Caractéristiques des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein

Province	Nom	Date de début	Pratiques pour les femmes par groupe d'âge		
			Groupe d'âge	Acceptation	Rappel
Alb.	Alberta Breast Cancer Screening Program (Programme de dépistage du cancer du sein)	1990	40 – 49	Oui	Annuel
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 – 74	Oui	Biennal
			75 +	Oui	Aucun
C.-B.	Screening Mammography Program of British Columbia (Programme de dépistage du cancer du sein par mammographie)	1988	< 40	Aiguillage du médecin	Aucun
			40 – 49	Oui	Annuel
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 – 79	Oui	Biennal
			80 +	Aiguillage du médecin	Aucun
Man.	BreastCheck (Programme de dépistage du cancer du sein)	1995	40 – 49	Unité mobile avec aiguillage du médecin	Biennal
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 – 74	Oui	Biennal
			75 +	Oui	Aucun
N.-B.	Breast Cancer Screening Program (Programme de dépistage du cancer du sein)	1995	40 – 49	Aiguillage du médecin	Aucun
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 +	Aiguillage du médecin	Aucun
T.-N.-L.	Breast Screening Program for Newfoundland and Labrador (Programme de dépistage du cancer du sein)	1996	40 – 49	Non	S. o.
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 +	Si déjà inscrit au programme	Aucun
N.-É.	Nova Scotia Breast Screening Program (Programme de dépistage du cancer du sein)	1991	40 – 49	Oui	Annuel
			50 – 69	Oui	Biennal
				Oui	Aucun

			Pratiques pour les femmes par groupe d'âge		
Province	Nom	Date de début	Groupe d'âge	Acceptation	Rappel
T.N.-O.	Northwest Territories Breast Screening Program (Programme de dépistage du cancer du sein)	2003	40 – 49	Oui	Annuel
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 +	Oui	Biennal
Nt.	Pas de programme de dépistage établi. Des tests de dépistage sont effectués de façon opportuniste.				
Ont.	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein	1990	40 – 49	Non	S. o.
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 – 74	Oui	Biennal
			75 +	Oui	Aucun
Î.-P.-É.	PEI Breast Screening Program (Programme de dépistage du cancer du sein)	1998	40 – 49	Oui	Annuel
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 – 74	Oui	Biennal
			75 +	Si déjà inscrit au programme	Aucun
Qc.	Programme québécois de dépistage du cancer du sein	1998	35 – 49	Aiguillage du médecin*	Aucun
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 +	Aiguillage du médecin*	Aucun
Sask.	Screening Program for Breast Cancer (Programme de dépistage du cancer du sein)	1990	40 – 49	Non [†]	S. o.
			50 – 69	Oui	Biennal
			70 – 74	Oui	Biennal
			75 +	Oui	Aucun
Yn.	Yukon Mammography Program (Programme de mammographie)	1990	40 – 49	Oui	Aucun
			50 – 69	Oui	Biennal
				Oui	Aucun

* Si le test est effectué à un centre de dépistage dans le cadre du programme, mais non considéré comme un élément officiel du programme.

[†] Femmes de 49 ans acceptées à l'unité mobile si celles-ci atteignent l'âge de 50 ans durant l'année civile.

Annexe III

Répartition selon le stade (%), sauf les stades non disponibles, par province et par année de diagnostic

Année	Province	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	NSA	IV	Inconnu	Total
2009	Ensemble	12,6	37,8	20,9	9,0	6,2	2,1	3,0	0,2	5,4	2,9	100
	Alb.	12,7	37,9	20,3	9,8	6,6	*	2,6	*	5,6	2,4	100
	Man.	13,2	37,9	23,0	8,7	4,6	1,7	3,7	0,0	5,0	2,2	100
	N.-B.	12,6	38,8	20,0	7,2	6,5	1,8	2,3	0,0	5,7	5,1	100
	T.-N.-L.	10,8	34,8	26,0	9,1	7,9	2,6	*	0,0	5,6	*	100
	N.-É.	13,4	41,2	20,0	8,0	4,7	*	2,6	*	4,3	3,3	100
	Î.-P.-É.	15,2	33,0	16,1	7,1	8,0	*	*	0,0	8,9	*	100
	Sask.	10,7	35,0	20,3	9,7	7,3	2,7	4,2	0,6	5,8	3,7	100
2010	Ensemble	12,9	38,2	20,0	9,6	6,3	2,2	3,0	0,1	4,5	3,3	100
	Alb.	13,0	40,2	19,9	9,4	5,7	*	2,8	*	4,3	2,6	100
	C.-B.	13,4	37,7	19,4	9,3	6,0	1,8	3,0	0,1	3,7	5,6	100
	Man.	10,9	35,4	22,4	10,3	8,4	1,9	3,7	*	5,2	*	100
	N.-B.	14,5	38,3	19,9	9,1	6,1	4,3	3,1	*	*	*	100
	T.-N.-L.	16,5	33,5	17,4	10,0	7,7	*	4,4	0,0	7,0	*	100
	N.-É.	11,7	39,3	19,6	10,8	5,6	2,5	*	*	5,4	2,5	100
	Î.-P.-É.	13,8	40,9	22,0	10,7	5,7	*	*	0,0	*	*	100
	Sask.	10,6	37,4	21,2	9,8	6,7	2,2	2,7	*	7,5	*	100

* Données supprimées en raison des petits nombres.

L'Ontario est exclue parce que les cas *in situ* ne sont pas déclarés.

Le stade 0 comprend à la fois le code de comportement 2 (*in situ*) et le code de comportement 3 (tumeur maligne).

La catégorie « NSA » (non spécifié autrement) comprend le stade II NSA et le stade III NSA.

Annexe IV

Description des méthodes de collecte des données sur les stades

La méthode de stadification la plus couramment utilisée est celle qui a été élaborée et tenue à jour conjointement par l'Union internationale contre le cancer (UICC) et l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). Elle est désignée par l'acronyme TNM, T pour les caractéristiques de la Tumeur primitive, N pour Nodule ganglionnaire, et M pour la présence de Métastases distantes¹⁶⁸. La méthode TNM sert à classer les cas de cancers par stade clinique et pathologique; les stades généraux vont de 0 (non envahissant) à IV (métastatique) et les sous-stades (p. ex. IIA, IIIC) indiquent l'étendue de la maladie à un stade particulier.

La stadification concertée est une méthode normalisée visant à coder un ensemble complet de données afin de caractériser de façon exacte le stade d'un cancer. Ces éléments de données sont extraits des fiches et des dossiers des patients et inscrits par des registraires formés

à cet égard. Selon ces éléments de données de la stadification concertée, les cas de cancer peuvent être associés à un stade de l'UICC/AJCC (ou autre système de stadification au besoin). Certains facteurs propres au cancer ont été intégrés à la méthode de stadification concertée pour saisir de l'information qui peut se rapporter à un cancer particulier. Par exemple, pour le cancer du sein, le codage de la stadification concertée comprend la consignation du nombre de ganglions lymphatiques homolatéraux axillaires positifs.

Le Partenariat canadien contre le cancer a fourni des fonds et du soutien pour la mise en œuvre du codage de la stadification concertée dans toutes les provinces. Ces efforts visent à ce que chaque province recueille des données de stadification concertée pour au moins 90 % des nouveaux cas des quatre cancers les plus courants (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate).

Annexe V

Priorités de recherche cernées par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein

Catégorie	Priorités de recherche	
Biologie	1. Génétique	Fondements génétiques et épigénétiques du développement du cancer du sein.
	2. Déclenchement	Décryptage des voies moléculaires empruntées lors du déclenchement du cancer.
	3. Métastase	Compréhension des causes du cancer du sein métastatique et identification de nouvelles avenues d'intervention.
Étiologie	4. Risque de développer un cancer du sein	Influence de facteurs liés au mode de vie et à l'environnement sur le risque de développer un cancer du sein.
	5. Causes du cancer du sein I	Causes génétiques et hormonales du cancer du sein.
	6. Causes du cancer du sein II	Compréhension de l'influence réciproque de facteurs multicausals : génétique et environnement.
Prevention	7. Prévention (Interventions)	Interventions en vue d'étudier l'influence des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement sur le risque de développer un cancer du sein.
Dépistage précoce, diagnostic et pronostic	8. Détection	Meilleures méthodes de détection précoce et diagnostic.
	9. Biomarqueurs I	Développement et évaluation de nouveaux biomarqueurs (y compris des biomarqueurs de diagnostic) et optimisation des traitements individuels.
	10. Biomarqueurs II	Cadres clinique/essais cliniques pour évaluer la sensibilité et la spécificité de nouveaux biomarqueurs.
Traitement	11. Nouveaux Traitements	Découverte et développement de nouveaux traitements pour le cancer du sein.
	12. Essais cliniques	Essais cliniques de nouveaux traitements prometteurs.

Catégorie	Priorités de recherche	
Lutte contre le cancer, survie et analyse de résultats	13. Interventions liées à la survie et à la qualité de vie	Interventions de nature psychosociale et liées à la survie.
	14. Questions de soins de santé	Analyse des préoccupations d'ordre financier et liées aux soins de santé pour les patientes atteintes du cancer du sein dans tout le continuum des soins contre le cancer.
	15. Application des connaissances et pratiques exemplaires	Interventions en vue d'améliorer l'application des connaissances et de diffuser les pratiques exemplaires en matière de cancer du sein dans tout le continuum des soins contre le cancer.
	16. Lien avec les données cliniques	Élaboration de mécanismes permettant d'associer les données des essais cliniques aux bases de données administratives sur la santé pour les études sur les résultats et les effets secondaires à long terme.
Modèles scientifiques	17. Modèles animaux	Élaboration de nouveaux modèles animaux et cellulaires afin d'étudier la réponse thérapeutique et de simuler le développement du cancer du sein.

Source : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein, 2009.

Glossaire

Activité physique

Mouvement corporel produit par les muscles du squelette, qui exige une dépense d'énergie. Aux fins de ce rapport, les niveaux d'activité physique ont été quantitativement déterminés en fonction de l'ESCC par la mesure de la dépense énergétique quotidienne calculée pour chaque activité physique durant les loisirs et mesurée en kilocalories par jour. Les valeurs de la dépense énergétique quotidienne de chaque activité sont additionnées, et le résultat est la valeur globale de la dépense énergétique quotidienne pour les activités physiques durant les loisirs.

Biopsie

Prélèvement de cellules ou de tissus pour examen par un pathologiste. Celui-ci peut étudier les tissus au microscope ou effectuer d'autres examens des cellules ou des tissus. Plusieurs procédures sont utilisées pour la réalisation d'une biopsie. Voici les plus courantes : (1) biopsie par incision, soit le prélèvement d'un échantillon de tissu; (2) biopsie par excision, soit l'enlèvement d'une masse complète ou d'un fragment de tissu suspect; et (3) biopsie à l'aiguille qui est le prélèvement de tissu ou de liquide à l'aide d'une aiguille. Lorsqu'une aiguille large est utilisée, la procédure est appelée microbiopsie. Lorsqu'une aiguille fine est utilisée, la procédure est appelée biopsie par aspiration¹⁶⁹.

Cancer du sein envahissant

Cancer qui s'est propagé depuis son foyer d'origine dans le sein aux tissus voisins. Ce type de cancer peut se propager par les systèmes sanguin et lymphatique vers d'autres organes du corps¹⁷⁴.

Cancer du sein métastatique

Cancer qui s'est développé dans le sein puis qui s'est propagé à d'autres organes du corps¹⁶⁹.

Carcinome *in situ*

Aussi appelé stade 0 de la maladie, groupe de cellules anormales qui sont demeurées dans leur foyer d'origine. Ces cellules peuvent devenir cancéreuses et se propager aux tissus normaux environnants¹⁷⁴.

Chimioprévention

Utilisation de médicaments, de vitamines ou d'autres substances pour réduire le risque ou retarder le développement ou la récurrence du cancer¹⁶⁹.

Chimiothérapie

Forme de traitement du cancer qui consiste à utiliser des médicaments pour tuer les cellules cancéreuses¹⁶⁹.

Coefficient de variation

Mesure de l'écart relatif de la distribution peu importe les unités de mesure utilisées; rapport de l'écart type à la moyenne¹⁷⁰.

Collagénose avec manifestations vasculaires

Maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire de l'organisme s'attaque au collagène, un tissu fibreux résistant, que l'on retrouve dans les tendons, les articulations et les tissus conjonctifs¹⁷³.

Contre indication

Symptôme ou état sous-jacent qui rend une procédure ou un traitement particulier non recommandable parce que la personne aura probablement une mauvaise réaction¹⁶⁹.

E

Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %, ce qui signifie que la variation relative est importante. Dans le présent rapport, ce coefficient n'a été calculé que pour les indicateurs fondés sur des données au niveau des enregistrements.

Échographie

Examen aussi appelé ultrasonographie, qui emploie des ondes sonores qui traversent la peau et rebondissent des tissus ou des organes internes et produisent des échos. Ces échos sont visualisés sur l'écran d'une machine à ultrasons, formant une image des tissus de l'organisme, nommée sonogramme¹⁶⁹.

Effet indésirable

Problème médical imprévu qui peut se produire durant la prise d'un médicament ou durant un traitement quelconque. Les effets indésirables n'ont pas besoin d'être causés par le médicament ou le traitement, et ils peuvent être légers, modérés ou graves¹⁶⁹.

Endocrinothérapie

Traitement aussi appelé hormonothérapie qui consiste à administrer, bloquer ou supprimer des hormones chez la personne traitée. Dans le cas de certaines affections, les hormones sont administrées pour ajuster les niveaux d'hormones lorsqu'ils sont faibles. Pour ralentir ou arrêter la croissance de certains cancers, des hormones synthétiques ou d'autres médicaments peuvent être administrés pour bloquer la production d'hormones naturelles dans l'organisme. L'endocrinothérapie peut parfois comprendre une intervention chirurgicale visant à retirer la glande qui produit certaines hormones¹⁶⁹.

Essai clinique

Essai thérapeutique ou étude clinique. Il s'agit d'un type particulier d'étude qui consiste à administrer à des sujets humains un régime posologique à l'essai de façon à pouvoir en évaluer l'efficacité et la sûreté. L'essai clinique comporte plusieurs phases. Aux fins de ce rapport, il est question des essais de phase IV qui sont menés après que le médicament ait été approuvé pour distribution ou marketing par un organisme de réglementation national afin d'évaluer les effets d'un traitement précis (à court ou long terme) et d'établir l'incidence des effets indésirables^{169, 170}.

Facteur d'impact des revues

Évaluation quantitative de l'importance d'une revue scientifique. Elle mesure la fréquence avec laquelle l'article moyen d'une revue donnée a été cité au cours d'une période particulière¹⁷⁵.

Homolatéral

Structure ou point qui se trouve du même côté du corps¹⁶⁹.

Hormonothérapie

Voir endocrinothérapie.

Hyperplasie canalaire

État bénin qui augmente le risque de cancer du sein. Il s'agit d'une prolifération de cellules qui tapissent les canaux du sein et qui présentent un aspect anormal à l'examen au microscope¹⁶⁹.

Hyperplasie lobulaire

État bénin qui augmente le risque de cancer du sein. Il s'agit d'une prolifération de cellules qui tapissent les lobules du sein et qui présentent un aspect anormal à l'examen au microscope¹⁶⁹.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Procédure utilisée pour créer une image détaillée des zones de l'intérieur du corps, plus particulièrement des tissus mous et des organes. Elle consiste à utiliser un puissant champ magnétique et des ondes radio pour générer par ordinateur ces images, qui peuvent faire ressortir les différences entre des tissus normaux et des tissus malades¹⁶⁹.

IMC

L'indice de masse corporelle est le rapport poids/taille d'une personne. Ce rapport est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. Au Canada, les adultes sont considérés comme ayant un excès de poids si leur IMC se situe entre 25,0 et 29,9, et comme obèses si leur IMC est égal ou supérieur à 30¹⁷¹.

Inhibiteur de l'aromatase

Médicament qui empêche la formation d'une hormone féminine appelée estradiol. Il en empêche la formation en interférant avec l'enzyme aromatase. Ces médicaments sont utilisés pour l'hormonothérapie chez les femmes postménopausées qui présentent un cancer du sein hormono dépendant¹⁶⁹.

Intervalle de confiance

Ensemble de valeurs attribuées à une variable donnée de sorte que cet ensemble a une probabilité précise (par exemple, 95 %) d'inclure la valeur réelle de la variable¹⁷⁰.

Lutte contre le cancer

Approche intégrée et coordonnée qui comporte un ensemble d'activités (prévention primaire, détection précoce, traitement, réhabilitation et soins palliatifs) visant à réduire les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer, et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer¹⁷².

Maladie multicentrique

Foyers tumoraux dans plusieurs quadrants du sein¹⁶⁹.

Mammographie

Utilisation d'une pellicule radiographique ou d'un ordinateur pour obtenir des images du sein afin de dépister ou de diagnostiquer le cancer du sein¹⁶⁹.

Marge

Rebord des tissus enlevés durant la tumorectomie. Une marge est négative ou propre lorsque le pathologiste ne trouve aucune cellule cancéreuse sur le rebord des tissus, ce qui donne à croire que tous les tissus cancéreux ont été enlevés. Une marge est positive lorsque le pathologiste trouve des cellules cancéreuses sur le rebord des tissus, ce qui donne à croire que tous les tissus cancéreux n'ont pas été enlevés¹⁶⁹.

Milieu rural

Zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 0 à 49 % des habitants font la navette vers une zone urbaine.

Milieu urbain

Zone ayant une concentration démographique de 10 000 habitants ou plus avec des zones adjacentes comptant 50 % ou plus d'habitants qui font la navette vers le noyau urbain.

Mutation du gène BRCA

Gène sur certains chromosomes qui supprime normalement la croissance des cellules. Les personnes qui présentent des mutations de ce gène courent un risque plus élevé que la normale de développer un cancer du sein, de l'ovaire, de la prostate et d'autres types de cancer¹⁶⁹.

Petite taille de l'échantillon (petits nombres)

Sous ensemble d'une population à l'étude, qui est considéré trop petit pour être analysé parce que les données sont instables. Dans ce rapport, tout échantillon formé de moins de cinq personnes ou de moins de cinq cas est estimé trop petit.

Quintile de revenu du quartier

Mesure relative du revenu familial de chaque répondant par rapport aux revenus familiaux de tous les autres répondants. La mesure est un ratio du revenu familial total par rapport au seuil de faible revenu, qui varie selon la taille de la famille et de son lieu de résidence. Après avoir calculé

le rapport entre le revenu familial et le seuil de faible revenu correspondant, les ratios sont normalisés dans l'ensemble des régions du Canada, puis sont classés par ordre, allant du plus faible au plus élevé, et divisés en cinq groupes égaux (quintiles).

Radiothérapie

Traitement aussi appelé irradiation consistant à utiliser des rayonnements de très grande énergie (rayons X, rayons gamma, neutrons, protons, et autres) pour tuer les cellules cancéreuses et réduire les tumeurs. Les rayonnements peuvent provenir d'une machine située à l'extérieur du corps (radiothérapie externe), ou ils peuvent être émis par une source radioactive introduite dans le corps près des cellules cancéreuses (radiothérapie interne ou curiethérapie). En radiothérapie systémique, les substances radioactives, comme les anticorps monoclonaux radio marqués, circulent dans le sang pour traverser les tissus du corps¹⁶⁹.

Récidive

Réapparition du cancer, habituellement après une période durant laquelle le cancer ne pouvait pas être détecté, soit au même emplacement que la tumeur originale (primitive), soit à un autre endroit du corps¹⁶⁹.

Reconstruction mammaire

Intervention chirurgicale destinée à reconstituer la forme du sein après une mastectomie¹⁶⁹.

Risque attribuable

La proportion de personnes atteintes d'une maladie parmi les personnes exposées dans une population, pouvant être attribuées à cette exposition. Expression générale qui est habituellement définie de façon plus précise par les épidémiologistes. L'une des expressions les plus utilisées est le « risque attribuable dans la population », qui est le taux d'incidence d'un état dans une population donnée, qui est associé ou attribuable à l'exposition à un risque précis¹⁷⁰.

Scintigraphie osseuse

Technique consistant à créer des images des os sur un écran d'ordinateur ou sur une pellicule. Pour ce faire, une petite quantité d'une substance radioactive est injectée et circule dans les vaisseaux sanguins; elle se retrouve éventuellement dans les os et elle est détectée par un scanner¹⁶⁹.

Situation socioéconomique

Caractéristiques de l'environnement (économiques, sociales et physiques) dans lequel les personnes vivent et travaillent, et les caractéristiques démographiques et génétiques de celles-ci¹⁷⁶.

Stade inconnu

Situation dans laquelle nous ne disposons pas assez d'information pour déterminer le stade du cancer¹⁷⁴.

Statut d'immigrant

Situation d'une personne qui est un immigrant établi au Canada ou qui ne l'est pas. Les immigrants établis sont des personnes auxquelles les autorités d'immigration ont accordé le droit de vivre au Canada de façon permanente. Aux fins de ce rapport, les immigrants établis ont été classés selon la durée de leur établissement au Canada (égale ou inférieure à 10 ans depuis leur immigration, et à plus de 10 ans depuis leur immigration). Les non immigrants désignent les personnes nées au Canada ou qui sont citoyens canadiens de naissance.

Survie relative

Rapport entre la survie observée chez un groupe de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer précis et la survie prévue chez les membres de la population générale exposés aux mêmes facteurs principaux (comme l'âge, le sexe et le lieu de résidence) affectant la survie que les personnes atteintes de la maladie¹⁷⁰.

Taux d'incidence normalisé selon l'âge

Nombre de cas dans une population, exprimée par 100 000 personnes, qui surviendraient si la population avait la même répartition d'âge que la population type de référence¹⁷⁰.

Taux de mortalité normalisé selon l'âge

Nombre de décès qui surviendraient dans une région particulière si la population avait la même répartition d'âge que la population type de référence, exprimée par 100 000 personnes¹⁷⁰.

Temps de déplacement

Proximité géographique des fournisseurs de soins par rapport au patient compte tenu de la distance en kilomètres et de la durée du déplacement¹⁷⁷. Aux fins de ce rapport, le temps de déplacement mentionné est la distance entre le patient et le centre de radiothérapie le plus près et la durée de ce déplacement, selon des cartes géographiques.

Tomodensitométrie

Balayage tomographique informatisé, aussi appelé tomographie informatisée ou tomographie axiale informatisée, série d'images détaillées de constituants du corps prises sous différents angles. Les images sont créées par un ordinateur relié à une machine à rayons X¹⁶⁹.

Tomographie par émissions de positrons (TEP)

Procédure durant laquelle une petite quantité de glucose (sucre) radioactif est injectée dans une veine. Un scanner est ensuite utilisé pour prendre des images informatisées des parties du corps dans lesquelles le glucose s'est infiltré. Puisque les cellules cancéreuses absorbent souvent plus de glucose que les cellules normales, les images peuvent servir à trouver les cellules cancéreuses dans le corps¹⁶⁹.

Traitement ciblé

Type de traitement qui repère et attaque des cellules cancéreuses précises à l'aide de médicaments ou d'autres substances comme des anticorps monoclonaux¹⁶⁹.

Traitement hormonal substitutif (THS)

Traitement aussi appelé hormonothérapie substitutive, consistant à administrer des hormones (œstrogène, progestérone ou les deux) aux femmes postménopausées afin de remplacer les hormones qui ne sont plus sécrétées par les ovaires¹⁶⁹.

Bibliographie

1. Comité directeur de la Société canadienne du cancer : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2012. Accessible à : http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/cancer%20statistics.aspx?sc_lang=fr-ca
2. Ehemann C, Henley SJ, Ballard-Barbash R, Jacobs EJ, Schymura MJ, Noone AM *et al*. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity. *Cancer* 2012;118(9):2338–66.
3. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res* 2004;6:229–39.
4. Harris R, Yeatts J, Kinsinger L. Breast cancer screening for women ages 50 to 69 years: a systematic review of observational evidence. *Prev Med* 2011;53(3):108–14.
5. Hennessy BT, Pusztai L. Adjuvant therapy for breast cancer. *Minerva Ginecol* 2005;57(3):305–26.
6. Borugian MJ, Spinelli JJ, Abanto Z, Xu CL, Wilkins R. Breast cancer incidence and neighbourhood income. *Health Rep* 2011;22(2):7–13.
7. Bigby J, Holmes MD. Disparities across the breast cancer continuum. *Cancer Causes Control*. 2005;16(1): 35-44.
8. Clarke CA, Glaser SL, West DW, Ereman RR, Erdmann CA, Barlow JM, *et al*. Breast cancer incidence and mortality trends in an affluent population: Marin County, California, USA, 1990-1999. *Breast Cancer Res* 2002;4(6):R13.
9. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival. *J Intern Med* 2006;260(2):103–17.
10. Kaplowitz SA, Campo S, Chiu WT. Cancer patients' desires for communication of prognosis information. *Health Commun* 2002;14(2):221–41.
11. Thomson CS, Hole DJ, Twelves CJ, Brewster DH, Black RJ; Scottish Cancer Therapy Network. Prognostic factors in women with breast cancer: distribution by socioeconomic status and effect on differences in survival. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(5):308–15.
12. Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, Hankey BF, Singh GK, Lin YD, *et al*. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control* 2009;20(4):417–35.
13. Rutqvist LE, Bern A; Stockholm Breast Cancer Study Group. Socioeconomic gradients in clinical stage at presentation and survival among breast cancer patients in the Stockholm area 1977-1997. *Int J Cancer* 2006;119(6):1433-9.
14. Biglia N, Mariani L, Sgro L, Mininanni P, Moggio G, Sismondi P. Increased incidence of lobular breast cancer in women treated with hormone replacement therapy: implications for diagnosis, surgical and medical treatment. *Endocr Relat Cancer* 2007;14(3):549–67.
15. Verkooyen HM, Bouchardy C, Vinh-Hung V, Rapiti E, Hartman M. The incidence of breast cancer and changes in the use of hormone replacement therapy: a review of the evidence. *Maturitas* 2009;64(2):80–5.
16. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Res* 2004;6(3):149–56.
17. Kerlikowske K, Molinaro A, Cha I, Ljung BM, Ernster VL, Stewart K, *et al*. Characteristics associated with recurrence among women with ductal carcinoma in situ treated by lumpectomy. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(22):1692–702.
18. Kerlikowske K. Epidemiology of ductal carcinoma in situ. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010; 41:139–41.
19. Ernster VL, Barclay J, Kerlikowske K, Wilkie H, Ballard-Barbash R. Mortality among women with ductal carcinoma in situ of the breast in the population-based surveillance, epidemiology and end results program. *Arch Intern Med* 2000;160(7):953–8.
20. Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, *et al*. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368(9552):2053-60.
21. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatrick AE, *et al*. The Edinburgh randomised trial of breast cancer screening: results after 10 years of follow-up. *Br J Cancer* 1994;70(3):542-8.
22. Bjurstram N, Björnelid L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nyström L, *et al*. The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer* 2003;97(10):2387-96.
23. Frisell J, Lidbrink E, Hellström L, Rutqvist LE. Followup after 11 years--update of mortality results in the Stockholm mammographic screening trial. *Breast Cancer Res Treat* 1997;45(3):263-70.
24. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S, *et al*. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993;341(8851):973-8.
25. Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1982;69(2):349-55.
26. Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A, *et al*. Efficacy of breast cancer screening by age. New results from the Swedish Two-County Trial. *Cancer* 1995;75(10):2507-17.

27. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadienne sur le cancer 2006. Toronto: Société canadienne du cancer; 2006. Accessible à : http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics/~/_media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/Canadian%20Cancer%20Statistics%20-%202006%20-%20FR%20-%20PDF_935505932.ashx
28. Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein - Deuxième édition Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2007. Accessible au http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/gmbspp-ldspdds/pdf/gmbspp-ldspdds_f.pdf
29. Agence de la santé publique du Canada. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada 2011. Accessible au: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/cancer/obcsp-podcs05/index-fra.php>
30. Doyle GP, Major D, Chu C, Stankiewicz A, Harrison ML, Pogany L, et al. A review of screening mammography participation and utilization in Canada. *Chronic Dis Inj Can* 2011;31(4):152–6.
31. Shields M, Wilkins K. Le point sur la mammographie au Canada. *Statistiques Canada et Health Rep* 2009;20(3):7-19.
32. Pruitt SL, Shim MJ, Mullen PD, Vernon SW, Amick BC 3rd. The association of area socioeconomic status and breast, cervical, and colorectal cancer screening: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18(10):2579–99.
33. Hanson K, Montgomery P, Bakker D, Conlon M. Factors influencing mammography participation in Canada: an integrative review of the literature. *Current Oncology* 2009;16(5):65–75.
34. Chu A. Accès aux soins primaires chez les immigrants en Ontario. Toronto: Ministère de la santé et des soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé; 2008. Accessible à: http://www.conferencesicis.ca/utilisateursdesdonnees2008/programextended_f.html.
35. Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J. Predictors of mammography use among Canadian women aged 50–69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *CMAJ* 2001;164(3):329–34.
36. Lebrun LA. Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States. *Soc Sci Med* 2012; 74(7):1062–72.
37. Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, Dickinson J, Singh H et al. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risqué moyen. *JAMC* 2011; 183(17): 1991–2001.
38. Action Cancer Ontario. Ressources du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein : Women at high risk for cancer: summary of evidence. Toronto : Action Cancer Ontario, 2011. Accessible à : <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=99488> (en anglais seulement).
39. Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Magnetic resonance imaging screening of women at high risk for breast cancer. Toronto: Action Cancer Ontario; 2007. Accessible à : <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14322> (en anglais seulement).
40. Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, et al. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin* 2007;57:75–89.
41. National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. CG41: familial breast cancer: the classification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care [about 15 screens]. London: NICE; © 2012 [mise à jour en 2006; cité en 2012]. Accessible à: <http://publications.nice.org.uk/familial-breast-cancer-cg41/guidance> (en anglais seulement).
42. Dépistage du cancer du sein – Éléments du programme et de la stratégie. Toronto: Vue sur le cancer Canada; 2011 [cité 2012]. Accessible à: http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSPatientsAndFamilies/ScreeningAndEarlyDiagnosis/ScreeningProgramsAcrossCanada?_afLoop=464713537748000&lang=fr&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=gk2a9opw6_1018
43. Alberta Health Services [Internet]. Calgary high risk breast cancer clinic [approx 1 screen]. Calgary: Alberta Health Services; © 2012 [mise à jour en 2012; cité en 2012]. Accessible à: <http://www.albertahealthservices.ca/4006.asp> (en anglais seulement).
44. Brett J, Bankhead C, Henderson B, Watson E, Austoker J. The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psychooncology*. 2005;14(11):917–38.
45. Wujcik D, Fair AM. Barriers to diagnostic resolution after abnormal mammography: a review of the literature. *Cancer Nurs* 2008;31(5):E16–30.
46. Miller AB. Organized breast cancer screening programs in Canada. *CMAJ* 2000; 163(9): 1150–1.
47. Malmgren JA, Atwood MK, Kaplan HG. Increase in mammography detected breast cancer over time at a community based regional cancer center: a longitudinal cohort study 1990–2005. *BMC Cancer*. 2008; 8:131.

48. Santé Canada. Waiting for a Diagnosis After an Abnormal Breast Screen in Canada. Rapport du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic pour l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 2000.
49. American Cancer Society [Internet]. Breast cancer survival rates by stage [environ 1 dépistage]. Atlanta: The Society; © 2012 [mise à jour en 2012; cité en 2012]. Accessible à <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-survival-by-stage> (en anglais seulement).
50. Myers RE, Johnston M, Pritchard K, Levine M, Oliver T. Breast Cancer Disease Site Group of the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. Baseline staging tests in primary breast cancer: a practice guideline. *CMAJ* 2001; 164(10):1439–44.
51. Members of the Breast Cancer Disease Site Group. Baseline staging tests in primary breast cancer. Hamm C, Tey R, reviewers. Toronto: Action Cancer Ontario; 2011 Nov 1 [Approuvé le 11 oct 2011]. Série Programme de soins fondé sur des preuves No.: 1-14 Version 2. Accessible à : <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileid=13866> (en anglais seulement).
52. Surveillance Epidemiology and End Results [Internet]. SEER cancer statistics review, 1975–2009 (vintage 2009 populations) [approx 1 screen]. Bethesda (MD): Surveillance Research Program, NCI; © 2012 [mise à jour en 2012 et cité en 2012]. Accessible à : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/ (en anglais seulement).
53. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. Guidelines for breast cancer, 2012. Fort Washington (PA): NCCN; © 2012 [mise à jour en 2012; cité en 2012]. Accessible à : http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#breast (en anglais seulement).
54. Allred DC, Carlson RW, Berry DA, Burstein HJ, Edge SB, Goldstein LJ, et al. NCCN Task Force report: estrogen receptor and progesterone receptor testing in breast cancer by immunohistochemistry. *J Natl Compr Canc Netw*. 2009;7(Suppl 6):S1–S21; quiz S22–3.
55. Harris L, Fritsche H, Mennel R, Norton L, Ravdin P, Taube S, et al. American Society of Clinical Oncology 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25(33):5287–312.
56. Peto R, Davies C, Godwin J, Gray R, Pan HC, Clarke M, et al; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet*. 2011; 379(9814):432–44.
57. Carlson RW, Moench SJ, Hammond ME, Perez EA, Burstein HJ, Allred DC, et al. NCCN HER2 Testing in Breast Cancer Task Force. *J Natl Compr Canc Netw*. 2006 Jul;4(Suppl 3):S1–22; quiz S23–4.
58. Hanna W, O'Malley FP, Barnes P, Berendt R, Gaboury L, Magliocco A, et al. Updated recommendations from the Canadian National Consensus Meeting on HER2/neu testing in breast cancer. *Curr Oncol*. 2007;14(4):149–53.
59. Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve S, et al. American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer (unabridged version). *Arch Pathol Lab Med*. 2010 Jul;134(7):e48–72
60. Hammond M. ASCO-CAP Guidelines for Breast Predictive Factor Testing: An Update. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2011;19(6):499.
61. Nofech-Mozes S, Vella ET, Dhesy-Thind S, Hagerty KL, Mangu PB, Temin S, et al. Systematic review on hormone receptor testing in breast cancer. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2012;20:214–63.
62. Francis GD, Dimech M, Giles L, Hopkins A. Frequency and reliability of oestrogen receptor, progesterone receptor and HER2 in breast carcinoma determined by immunohistochemistry in Australasia: results of the RCPA Quality Assurance Program. *J Clin Pathol*. 2007;60:1277–83.
63. Wolff AC, Hammond MEH, Schwartz JN, Hagerty KL, Allred DC, Cote RJ, et al. American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25:118–45.
64. Terry J, Torlakovic EE, Garratt J, Miller D, Kobel M, Cooper J, et al. Implementation of a Canadian external quality assurance program for breast cancer biomarkers. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2009;17(5):375–82.
65. Quality Management Program– Laboratory Services. Update on QMP-LS accreditation and external quality assessment for Ontario laboratories licensed by the Ministry of Health and Long-Term Care. Toronto: QMP-LS; 2012. Accessible à : <http://www.qmpls.org/Portals/0/Newsletter/Archive/2012/QMP-LS%20News%20-%20Print%20Version%20-%202012-06.pdf> (en anglais seulement).
66. American Society of Clinical Oncology [Internet]. Breast cancer: diagnosis [approx 1 screen]. Alexandria: ASCO; © 2005–12 [mise à jour en jan 2012; cité en mai 2012]. Accessible à : <http://www.cancer.net/patient/Cancer+Types/Breast+Cancer?sectionTitle=Diagnosis> (en anglais seulement).
67. Whelan T, Olivetto I, Levine M; Canadian Breast Screening Initiative, Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: breast radiotherapy after breast-conserving surgery (résumé de la mise à jour 2003). Hamilton (ON): *CMAJ*; 2003. Accessible à : <http://www.cmaj.ca/content/172/10/1319.full.pdf>.
68. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luiini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 347(16):1227–32.

69. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, *et al.* Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1233-41.
70. Lichter AS, Lippman ME, Danforth DN Jr, d'Angelo T, Steinberg SM, deMoss E, *et al.* Mastectomy versus breast-conserving therapy in the treatment of stage I and II carcinoma of the breast: a randomized trial at the National Cancer Institute. *J Clin Oncol.* 1992;10(6):976-83.
71. American Society of Clinical Oncology [Internet]. ASCO guideline update recommends aromatase inhibitors alone or with tamoxifen as adjuvant therapy for post-menopausal women with hormone-receptor positive breast cancer [approx 1 screen]. Alexandria: ASCO; © 2005–12 [mise à jour le 12 juillet 2010 cité le 14 mai 2012]. Accessible à : <http://www.asco.org/asco2/Press+Center/Latest+News+Releases/ASCO+News/ASCO+Guideline+Update+Recommends+Aromatase+Inhibitors+alone+or+with+Tamoxifen+as+Adjuvant+Therapy+for+Post-Menopausal+Women+with+Hormone-Receptor+Positive+Breast+Cancer> (en anglais seulement).
72. Gaudette LA, Gao RN, Spence A, Shi F, Johansen H, Olivotto IA. Declining use of mastectomy for invasive breast cancer in Canada, 1981–2000. *Can J Public Health.* 2004;95(5):336–40.
73. Warren AG, Morris DJ, Houlihan MH, Slavin SA. 2008. Breast reconstruction in a changing breast cancer treatment paradigm. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Apr;121(4):1116–26.
74. Gomez SL, Lichtensztajn D, Kurian AW, Telli ML, Chang ET, Keegan THM, *et al.* Increasing mastectomy rates for early-stage breast cancer? Population-based trends from California. *J Clin Oncol.* 2010;28(10):e155-e157.
75. Katipamula R, Degnim AC, Hoskin T, Boughey JC, Loprinzi C, Grant CS, *et al.* Trends in mastectomy rates at the Mayo Clinic Rochester: effect of surgical year and preoperative magnetic resonance imaging. *J Clin Oncol.* 2009;27(25): 4082-8.
76. Hiottis K, Ye W, Sposto R, Skinner KA. Predictors of breast-conservation therapy. *Cancer.* 2005;103:892–9.
77. Goel V, Olivotto I, Hislop TG, Sawka C, Coldman A, Holowaty EJ. Patterns of initial management of node-negative breast cancer in two Canadian provinces. *Can Med Assoc J.* 1997;156(1):25–9.
78. Jacobs LK, Kelley KA, Rosson GD, Detrani ME, Chang DC. Disparities in urban and rural mastectomy populations: the effects of patient- and county-level factors on likelihood of receipt of mastectomy. *Ann Surg Oncol.* 2008;15(10):2644–52.
79. Tyldesley S, McGahan C. Utilisation of radiotherapy in rural and urban areas in British Columbia compared with evidence-based estimates of radiotherapy needs for patients with breast, prostate and lung cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2010; 22(7):526–32.
80. National Cancer Institute [Internet]. Breast Cancer Treatment (PDQ®) Health Professional Version. Bethesda (MD): NCI; 2012 [cité 2012 juillet 25]. Accessible à <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional/page1> (en anglais seulement).
81. Members of the Breast Cancer Disease Site Group. Breast irradiation in women with early stage invasive breast cancer following breast conserving surgery. Dayes I, Tey R, reviewers. Toronto (Ontario): Cancer Care Ontario; 2011 Sept 15 [Approuvé 2010 Nov 19]. Série n°s 1 et 2 du programme de soins fondé sur des preuves N°s : 1-14 Version 2. Accessible à : <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=88708> (en anglais seulement).
82. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente, Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 12 déc 2005. Accessible à : <http://news.ontario.ca/archive/fr/2005/12/12/Les-tout-premiers-repegraveres-permettront-aux-Canadiens-de-mesurer-les-progregr.html>.
83. Santé Canada. Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente. Ottawa : Santé Canada, 2006 [cité le 12 mai 2012]. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgpps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index-fra.pdf.
84. Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol.* 2008;87: 3–16.
85. Keyes M, Keane TJ, Osoba D, Duncan GG, Phillips N. Health-related quality of life in patients on radiotherapy waiting lists. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2002;1114(4):329–30.
86. Canadian Association of Radiation Oncologists [Internet]. Recommendations of the Manpower and Standards of Care in Radiation Oncology Committee on wait times for radiation therapy, 2001 [environ 1 dépitage]. Ottawa: CARO; © 2011 [mise à jour 2011; cité 2012]. Accessible à : <http://www.caro-acro.ca/Assets/Committees/Manpower/Definition+of+RT+Waiting+September+2000.pdf> (en anglais seulement).
87. Smith BD, Smith GL, Roberts KB, Buchholz TA. Baseline utilization of breast radiotherapy before institution of the Medicare practice quality reporting initiative. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009;74(5):1506–12.
88. Ess S, Savidan A, Bouchardy C, Bordoni A, Konzelmann I, Jundt G, *et al.* Patterns of care of breast cancer patients in Switzerland: a population based study. St. Gallen (Switzerland): Krebsforschung Schweiz; 2009.
89. Lavelle K, Todd C, Moran A, Howell A, Bundred N, Campbell M. Non-standard management of breast cancer increases with age in the UK: a population based cohort of women > or = 65 years. *Br J Cancer.* 2007;96(8):1197–203.
90. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B, *et al.* Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med.* 2004;351(10):971–7.

91. Berry DA, Cirincione C, Henderson IC, Citron ML, Budman DR, Goldstein LJ, *et al.* Estrogen-receptor status and outcomes of modern chemotherapy for patients with node-positive breast cancer. *JAMA*. 2006;295(14):1658–67.
92. Pritchard K. Aromatase Inhibitors in adjuvant therapy of breast cancer: before, instead of, or beyond tamoxifen. *J Clin Oncol*. 2005;23(22):4850–2.
93. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. Fewer women to receive chemo for breast cancer [environ 1 dépistage]. Fort Washington (PA): NCCN; 2012 [cité le 4 mai 2012]. Accessible à : <http://www.nccn.org/about/news/newsinfo.asp?NewsID=171> (en anglais seulement).
94. Members of the Breast Cancer Disease Site Group. The role of taxanes in neoadjuvant chemotherapy for women with non-metastatic breast cancer. Madarnas Y, Mates M, Agbassi C, reviewers. Toronto: Action Cancer Ontario; 2011 Oct. 5 [approuvé le 16 sept 2011]. Série Programme de soins fondé sur des preuves No.: 1-14 Version 2. Accessible à : <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?serverId=6&path=/File%20Database/CCO%20Files/PEBC/pebc1-20f.pdf> (en anglais seulement).
95. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104(5):386–405.
96. Lauzier S, Maunsell E, Levesque P, Mondor M, Robert J, Robidoux A, *et al.* Psychological distress and physical health in the year after diagnosis of DCIS or invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;120(3):685–91.
97. Campbell HS, Sanson-Fisher R, Turner D, Hayward L, Wang XS, Taylor-Brown J. Psychometric properties of cancer survivors' unmet needs survey. *Support Care Cancer*. 2010;19(2):221–30.
98. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer, Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, 2011. Accessible à : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/Rapport-de-2011-sur-le-rendement-du-syst%C3%A9me-de-lutte-contre-le-cancer.pdf>.
99. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2006;10(4):263–72.
100. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*. 1999;354(9187):1331–6.
101. Waldrop DP, O'Connor TL, Trabold N. "Waiting for the other shoe to drop": distress and coping during and after treatment for breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2011;29(4):450–73.
102. National Comprehensive Cancer Network. NCCN guidelines version 3.2012: distress management. Fort Washington (PA): NCCN; 2012 [cité le 9 juin 2012]. Accessible à : www.NCCN.org (en anglais seulement).
103. Hewitt M, Herdman R, Holland J, editors; National Research Council. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington (DC): National Academies Press; 2004. Accessible à : http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10909 (en anglais seulement).
104. Grunfeld E, Julian JA, Pond G, Maunsell E, Coyle D, Folkes A, *et al.* Evaluating survivorship care plans: results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2011;29(36):4755–62.
105. Fitch MI, Howell D, McLeod D, Green E. Screening for distress: responding is a critical function for oncology nurses. *Can Oncol Nurs J*. 2012;22(1):12–30.
106. Partenariat canadien contre le cancer. Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6^{ème} signe vital – Vers des soins centrés sur la personne – Partie A : Contexte, recommandations et implantation. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, 2009. Accessible à : http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.5-Guide_CJAG_FR.pdf.
107. Fillion L, Cook S, Blais MC, Veillette AM, Aubin M, de Seeres M, *et al.* Implementation of screening for distress with professional cancer navigators. *Oncologie*. 2009;13(6):277–89.
108. Fitch MI (2011). Screening for distress: a role for oncology nursing. *Curr Opin Oncol*. 2011;23(4):331–7.
109. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2010. Toronto : Société canadienne du cancer, 2010. Accessible à : <http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/PDF%20-%20Policy%20-%20Canadian%20Cancer%20Statistics%20-%20French/Canadian%20Cancer%20Statistics%202010%20-%20French.ashx>.
110. Grunfeld E, Lethbridge L, Dewar R, Lawson B, Paszat LF, Johnston G, *et al.* Towards using administrative databases to measure population-based indicators of quality of end-of-life care: testing the methodology. *Palliat Med*. 2006;20(8):769–77.
111. Krzyzanowska MK, Barbera L, Elit I, Kwon J, Lofters A, Saskin R, *et al.* Cancer. In: Bierman AS, editor. Project for Ontario women's health evidence-based report: volume 1. Toronto: St. Michael's Hospital; 2009. Accessible à : <http://powerstudy.ca/l-etude-power/volume-1/cancer>
112. Burge F, Lawson B, Johnston G. Trends in the place of death of cancer patients, 1992–1997. *CMAJ*. 2003; 168(3):265–70.
113. Barbera L, Sussman J, Viola R, Husain A, Howell D, Librach SL, *et al.* Factors associated with end-of-life health service use in patients dying of cancer. *Health Policy*. 2010;5(3):e125–43.
114. Dartmouth Atlas of Healthcare [Internet]. Lebanon: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice; 2012 [cité 30 May 2012]. Accessible à : <http://www.dartmouthatlas.org/> (en anglais seulement).
115. Warren JL, Barbera L, Bremner KE, Yabroff KR, Hoch JS, Barrett MJ, *et al.* End-of-life care for lung cancer patients in the United States and Ontario. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(11):853–62.

116. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport sur le rendement du système de 2010, Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, novembre 2010. Accessible à : http://www.partnershipagainstanccancer.ca/wp-content/uploads/system/performance_2010_fr.pdf.
117. Cancer Quality Council of Ontario [Internet]. Cancer System Quality Index 2012: Patient Experience with Outpatient Care [approx 1 screen]. Toronto: Cancer Quality Council; 2012 [cité le 25 juillet 2012]. Accessible à : <http://www.csqi.on.ca/cms/one.aspx?portalId=126935&pageId=128193> (en anglais seulement).
118. Partenariat canadien contre le cancer. Snapshots: navigation activity across Canada – submissions from a pre-workshop information gathering exercise. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, 2011.
119. Howell D, Hack TF, Oliver TK, Chulak T, Mayo S, Aubin M, *et al.* Guide pancanadien de pratique : Document d'orientation pancanadien sur l'organisation et la prestation des services de survie et sur les meilleures pratiques en soins psychosociaux et de soutien pour les adultes survivants du cancer, Toronto : Partenariat canadien contre le cancer (Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne de d'oncologie psychosociale, avril 2011. Accessible à : http://www.capo.ca/pdf/FRENCH_Survivorship_Guideline_Sept2011.pdf.
120. Lauzier S, Maunsell E, Drolet M, Coyle D, Hébert-Croteau N, Brisson J, *et al.* Wage losses in the year after breast cancer: extent and determinants among Canadian women. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(5):321–32.
121. Réseau canadien du cancer du sein. Cancer du sein – Répercussions économiques et réinsertion dans la population active, Ottawa : Réseau canadien du cancer du sein, 26 mai 2010. Accessible à : http://www.cbcn.ca/documents/Labour_Force_Re-Entry_Report_FRE_CBCN_2010.pdf.
122. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, editors; Committee on Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life, Institute of Medicine and National Research Council. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington (DC): National Academies Press; 2006. Accessible à : http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11468 (en anglais seulement).
123. Grunfeld E, Hodgson DC, Del Giudice ME, Moineddin R. Population-based longitudinal study of follow-up care for breast cancer survivors. *J Oncol Pract.* 2010;6(4):174–81.
124. Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, Layne TM, Bach PB. Survivorship care plans in research and practice. *CA Cancer J Clin.* 2012 Jan 12. [disponible électroniquement avant publication].
125. Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr* (2010). 2010;40:25–30.
126. World Health Organization [Internet]. WHO Definition of Palliative Care [environ 1 dépistage]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cité le 27 juillet 2012]. Accessible à : <http://who.int/cancer/palliative/definition/en/> (en anglais seulement).
127. Klinger CA, Howell D, Marshall D, Zakus D, Brazil K, Deber R. Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara West End-of-Life Shared-Care Project. *Palliat Med.* 2012 Jan 16. [disponible électroniquement avant publication]
128. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, *et al.* Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(7):993–1000.
129. Canadian Hospice Palliative End-of-Life Care Surveillance Team Network [Internet]. About us [approx 2 screens]. Vancouver: The Network; 2012. Accessible à : <https://hpeol.phsa.ca/AboutUs/index.php> (en anglais seulement).
130. Parkin DM. The fraction of cancer attributable to health behaviour and environmental factors in the U.K. in 2010. *Br J Cancer.* 2011;105(Suppl 2):S2–5.
131. World Cancer Research Fund. Preventability of cancer by food, nutrition, physical activity and weight management: an overview of authoritative estimates. York: Kleijnen Systematic Reviews; 2008. Accessible à : http://www.dietandcancerreport.org/docs/Preventability_Review%20of%20previous%20estimates.pdf (en anglais seulement).
132. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: The Institute; 2007. Accessible à : <http://eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf> (en anglais seulement).
133. Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, *et al.* Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). *Cancer Causes Control.* 2002;13(8):741–51.
134. Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev.* 2001;10(1):15–32.
135. Bélanger-Ducharme F, Tremblay A. Prevalence of obesity in Canada. *Obes Rev.* 2005;6:183–6.
136. Gorber SC, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev.* 2007;8(4):307–26.
137. Agence de la santé publique du Canada. La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2005. Accessible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls_f.pdf.
138. Lynch BM, Neilson HK, Friedenreich CM. Physical activity and breast cancer prevention. Recent Results *Cancer Res.* 2011;186:13–42.
139. Friedenreich CM, Neilson HK, Woolcott CG, Wang Q, Stanczyk FZ, McTiernan A, *et al.* Inflammatory marker changes in a yearlong randomized exercise intervention trial among postmenopausal women. *Cancer Prev Res (Phila).* 2012;5(1):98–108.

140. Friedenreich CM, Woolcott CG, McTiernan A, Ballard-Barbash R, Brant RF, Stanczyk FZ, *et al.* Alberta physical activity and breast cancer prevention trial: sex hormone changes in a year-long exercise intervention among postmenopausal women. *J Clin Oncol.* 2010;28(9):1458–66.
141. Friedenreich CM, Woolcott CG, McTiernan A, Terry T, Brant R, Ballard-Barbash R, *et al.* Adiposity changes after a 1-year aerobic exercise intervention among postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Int J Obes (Lond).* 2011;35(3):427–35.
142. Woolcott CG, Cook LS, Courneya KS, Boyd NF, Yaffe MJ, Terry T, *et al.* Associations of overall and abdominal adiposity with area and volumetric mammographic measures among postmenopausal women. *Int J Cancer.* 2011;129(2):440–8.
143. Woolcott CG, Courneya KS, Boyd NF, Yaffe MJ, Terry T, McTiernan A, *et al.* Mammographic density change with 1 year of aerobic exercise among postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(4):1112–21.
144. Agence de la santé publique du Canada. Rapport 2007 sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2007. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/pancan07-fra.pdf>.
145. Seitz HK, Pelucchi C, Bagnardi V, La Vecchia C. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: update 2012. *Alcohol Alcohol.* 2012;47(3):204–12.
146. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA.* 2011;306(17):1884–90.
147. Butt P, Beirness D, Cesa F, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 25 nov 2011. Accessible à : <http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>.
148. Société canadienne du Cancer [Internet]. Alcool [environ 1 page]. Toronto : Société canadienne du Cancer, 2011. Accessible à : http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Alcohol.aspx?sc_lang=fr-ca.
149. Levine M, Moutquin JM, Walton R, Feightner J. La chimioprévention du cancer du sein – Un guide élaboré conjointement par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et le Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein de l'initiative canadienne sur le cancer du sein. *JAMC.* 2001;164(12): 1681–90. Accessible à : <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2002/04/10/164.12.1681.DC1/pg1681f.pdf>.
150. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Robidoux A, *et al.* Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(22):1652–62.
151. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Redmond CK, Kavanah M, Cronin WM, *et al.* Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Natl Cancer Inst.* 1998;90(18):1371–88.
152. Cuzick J, Powles T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S, *et al.* Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. *Lancet.* 2003;361(9354):296–300.
153. Vogel VG. The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) trial. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009;9(1):51–60.
154. Goss PE, Ingle JN, Alés-Martínez JE, Cheung AM, Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, *et al.* Exemestane for breast-cancer prevention in postmenopausal women. *N Engl J Med.* 2011;364(25):2381–91.
155. National Cancer Institute [Internet]. FY 2011 research funding by cancer type [approx 1 screen]. Bethesda (MD): NCI; 2012 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : <http://fundedresearch.cancer.gov/search/funded?action=full&fy=PUB2011&type=site> (en anglais seulement).
156. National Cancer Research Institute [Internet]. Celebrating a decade of progress through partnership in cancer research. London: NCRJ; 2011 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : http://www.ncri.org.uk/includes/Publications/reports/NCRI_NCRN_Decade_Web.pdf (en anglais seulement).
157. Majumdar SR, Roe MT, Peterson ED, Chen AY, Gibler WB, Armstrong PW. Better outcomes for patients treated at hospitals that participate in clinical trials. *Arch Intern Med.* 2008;168(6):657–62.
158. du Bois A, Reuss A, Pujade Lauraine E, Harter P, Ray Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer.* 2009;115(6):1234–44.
159. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. Report on the state of cancer clinical trials in Canada. Toronto : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, 2011 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : www.ccra-acrc.ca/PDF%20Files/CT%20report%20Oct%202011.pdf (en anglais seulement).
160. Sinha G. United Kingdom becomes the cancer clinical trials recruitment capital of the world. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(6):420–2.

161. National Cancer Institute [Internet]. HMO Cancer Research Network [environ 1 dépistage]. Bethesda (MD): NCI; 2012 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : <http://crn.cancer.gov/resources/capacity.html> (en anglais seulement).
162. Lemieux J, Goodwin PJ, Pritchard KI, Gelmon KA, Bordeleau LJ, Duchesne T, et al. Identification of cancer care and protocol characteristics associated with recruitment in breast cancer clinical trials. *J Clin Oncol*. 2008;26(27):4458–65.
163. Lara PN Jr, Higdon R, Lim N, Kwan K, Tanaka M, Lau DH, et al. Prospective evaluation of cancer clinical trial accrual patterns: identifying potential barriers to enrolment. *J Clin Oncol*. 2001; 19(6):1728–33.
164. Ontario Institute for Cancer Research. Annual report 2010/11. Toronto : OICR, 2011 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : <http://oicr.on.ca/files/public/OICRAnnualReport201011.pdf> (en anglais seulement).
165. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein. Cadre national de recherche sur le cancer du sein Ottawa : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein, 2009 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : <http://framework.cbcfontarioreport.ca/?lang=fr>.
166. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. Investissement en matière de recherche sur le cancer au Canada en 2005–2009 – Enquête de l’Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer sur les investissements effectués dans la recherche sur le cancer par les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en 2009. Toronto : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, juin 2012 [cité le 18 mai 2012]. Accessible à : http://www.ccra-acrc.ca/PDF%20Files/Annual_2009_FR.pdf.
167. Glynn RW, Scutaru C, Kerin MJ, Sweeney KJ. Breast cancer research output, 1945–2008: a bibliometric and density-equalizing analysis. *Breast Cancer Res*. 2010;12(6):R108.
168. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours. New York: John Wiley & Sons; 2009.
169. National Cancer Institute [Internet]. Dictionary of cancer terms [multiple screens]. Bethesda (MD): NCI; 2011 [cité le 9 juillet 2012]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/dictionary?CdriD=46127> (en anglais seulement).
170. Last JM, editor. Dictionary of epidemiology, 4th ed. New York: Oxford University Press; 2000.
171. Health Canada. Canadian guidelines for body weight classification in adults. Ottawa: Health Canada; 2003 [cité 2012 Juillet 9]. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf.
172. Elwood JM, Sutcliffe SB, editors. Cancer Control. New York: Oxford University Press; 2010.
173. National Institutes of Health [Internet]. Medline plus [multiple screens]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2012 [cité le 23 juillet 2012]. Accessible à : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplus.html> (en anglais seulement).
174. National Cancer Institute [Internet]. Cancer staging [environ 1 dépistage]. Bethesda (MD): NCI; 2011 [cité le 9 juillet 2012]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/staging> (en anglais seulement).
175. Thomsen Reuters [Internet]. The Thomsen Reuters impact factor [environ 1 dépistage]. New York: Thomsen Reuters; 1994 [cité le 23 juillet 2012]. Accessible à : http://thomsonreuters.com/products_services/science/free/essays/impact_factor/ (en anglais seulement).
176. Manitoba Centre for Health Policy [Internet]. Concept dictionary and glossary [multiple screens]. Winnipeg (MB): The Centre; 2011 [cité le 9 juillet 2012]. Accessible à : http://www.umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departmental_units/mchp/resources/concept_dictionary.html (en anglais seulement).
177. Hall AG, Lemak CH, Steingraber H, Schaffer S. Expanding the definition of access: it isn’t just about health insurance. *J Health Care Poor Underserved*. 2008;19(2):625–38.



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE **CANCER**



CANADIAN **PARTNERSHIP**
AGAINST **CANCER**

1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tél : 416.915.9222

Sans frais d'appel : 1.877.360.1665

www.partnershipagainstcancer.ca/fr/



*Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer*