

DIRECTION DE SANTÉ  
PUBLIQUE DE LA  
MONTÉRÉGIE

PORTRAIT DU CANCER DU SEIN  
EN MONTÉRÉGIE

Propager  
LA SANTÉ

## Auteurs

Simone Provencher M.D. M.Sc., médecin-conseil, CISSS de la Montérégie-Centre, Surveillance de l'état de santé de la population, DSP

Manon Blackburn M.D. M.Sc. FRCPC, médecin-conseil, CISSS de la Montérégie-Centre, Surveillance de l'état de santé de la population, DSP

Monia Ghorbel, M.D. M.Sc., médecin résident en santé publique et médecine préventive, Université de Sherbrooke

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de la Direction de santé publique, section documentation.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN: No 978-2-89342-700-3 (PDF)



Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : Provencher, Simone, Manon Blackburn et Monia Ghorbel. *Portrait du cancer du sein en Montérégie, Rapport*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2015, 32 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2015

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier docteur Catherine Risi, médecin-conseil au secteur promotion et prévention et docteur José St-Cerny, médecin-conseil au programme de dépistage du cancer du sein, à la Direction de santé publique au CISSS de la Montérégie-Centre, pour leurs judicieux commentaires et suggestions lors de la révision de ce rapport. Nous tenons également à remercier madame Julie Boulais, agente de planification, de programmation et de recherche, pour sa collaboration dans l'analyse des facteurs de risque et de protection, ainsi que madame Eveline Savoie et monsieur Marc Lavoie, techniciens de recherche pour leur support à l'analyse des données. Finalement, merci à madame Annie Toupin, agente administrative à la Direction de santé publique, pour la qualité du travail accompli lors de la révision et la mise en pages de ce rapport.

## Mot du directeur de santé publique

Le cancer du sein figure au premier rang des cancers chez les femmes. Des progrès dans le traitement de ce cancer et le dépistage précoce des lésions ont permis d'améliorer grandement la survie. Malgré cela, le cancer du sein se positionne au deuxième rang des décès par cancer chez les femmes. Le nombre grandissant de nouveaux cas de cancer, jumelé à une bonne survie, crée une hausse des besoins en matière de services. Des actions visant à détecter précocement cette maladie et à réduire le risque de la développer font partie des outils indispensables dans la lutte contre ce cancer.

Ce rapport vise à décrire sommairement l'évolution de l'incidence et de la mortalité associées au cancer du sein en Montérégie, de même que certaines données sur le dépistage du cancer du sein par mammographie. Il accorde aussi une attention particulière aux données les plus récentes concernant certains facteurs qui modulent le risque d'être atteint d'un cancer du sein, notamment l'activité physique, l'allaitement maternel, la consommation d'alcool et le surplus de poids. Enfin, quelques données sur le stade au moment du diagnostic du cancer et sur les hospitalisations complètent le portrait. Les résultats permettent de décrire les grandes tendances, d'identifier les groupes de femmes plus fréquemment touchées et de dégager des pistes d'intervention pour réduire l'impact du cancer du sein sur l'état de santé de la population.

Bonne lecture !

Le directeur de santé publique par intérim,

A handwritten signature in blue ink, reading "Jean Rodrigue".

Jean Rodrigue, M.D., M.Sc.

## Table des matières

### Contenu

Introduction.....	6
Méthodologie.....	7
Résultats.....	9
1. Incidence du cancer du sein.....	9
1.1 Hausse du nombre de nouveaux cas et relative stabilité du taux d'incidence.....	9
1.2 La majorité des cas surviennent chez les 50-69 ans.....	10
1.3 Pas d'écart important par RLS ou RTS pour l'incidence du cancer du sein.....	11
2. Mortalité par cancer du sein.....	12
2.1 Réduction du taux de mortalité pour le cancer du sein.....	12
2.2 La mortalité tend à diminuer dans les groupes d'âge les plus touchés.....	13
2.3 Taux de mortalité : les RLS et RTS ne se distinguent pas du Québec.....	14
3. Participation au PQDCS et services de mammographie de dépistage.....	15
4. Les facteurs associés au cancer du sein.....	21
4.1 Allaitement maternel : bon pour la mère et l'enfant.....	21
4.2 L'activité physique : peut-on faire mieux?.....	21
4.3 Consommation d'alcool : pas de niveau sécuritaire en lien avec le cancer.....	23
4.4 Surplus de poids : source de préoccupation.....	23
5. Hospitalisation, prévalence et stade du cancer : quelques données.....	24
5.1 Prédominance de la chirurgie d'un jour pour le cancer du sein.....	24
5.2 Survie et prévalence : deux indicateurs reliés.....	24
5.3 Stade du cancer au moment du diagnostic.....	26
6. Que faut-il retenir de ce portrait?.....	27
Références.....	29
Annexe 1.....	31

## Introduction

Le cancer du sein représente une cause importante de mortalité prématurée chez les femmes. Selon les données canadiennes sur le cancer, on estime qu'une femme sur 9 sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie et qu'une femme sur 30 en mourra. Chez les femmes au Canada, le cancer du sein correspond à 26 % de l'ensemble des cancers et à 14 % des décès par cancer (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2015).

Plusieurs facteurs reliés au mode de vie jouent un rôle important dans la prévention du cancer du sein. On estime qu'environ 20 % des cancers du sein<sup>1</sup> et des décès reliés à cette cause pourrait être évité par de saines habitudes de vie (Parkin DM, 2011; Danaei G, 2005).

Les preuves sont convaincantes à l'effet que l'allaitement maternel réduit le risque de cancer du sein, tant ceux diagnostiqués avant qu'après la ménopause, alors que la consommation d'alcool augmente ce risque. L'obésité (l'adiposité corporelle ou abdominale) accroît le risque de cancer du sein diagnostiqué après la ménopause, alors que la pratique de l'activité physique réduit probablement ce risque (World Cancer Research Fund, 2007 et 2010). Le présent document met l'accent sur ces facteurs puisqu'ils touchent une grande partie de la population, qu'ils peuvent être modifiés par des interventions préventives et que des données de surveillance sont disponibles à l'échelle locale ou régionale.

D'autres facteurs de risque sont également identifiés, par exemple le sexe, l'âge, les prédispositions génétiques, plusieurs facteurs liés à l'histoire reproductive<sup>2</sup> et à l'exposition aux hormones, ainsi que les maladies bénignes du sein (Colditz, 2006). Enfin, certains autres facteurs figurent sur la liste des risques possibles (ex. : tabagisme), bien que la relation de cause à effet ne soit pas confirmée (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

La prévention secondaire par le dépistage par mammographie chez les femmes de 50-74 ans diminue la mortalité par cancer du sein. Au Canada en 2011, des [programmes](#) existent dans toutes les provinces et territoires, sauf au Nunavut où l'on offre des services de dépistage opportuniste (Agence de santé publique du Canada, 2011). Au Québec, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été mis en place en 1998 et s'est déployé progressivement à travers toutes les régions (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001).

---

<sup>1</sup> Certains auteurs estiment cette proportion jusqu'à 40 %.

<sup>2</sup> Un début précoce des règles, l'absence de grossesse ou des grossesses tardives, ménopause tardive.

## Méthodologie

Bien que l'homme puisse être atteint d'un cancer du sein, cela reste un événement rare. Ce document se concentre sur le cancer du sein chez la femme.

Pour les déterminants de la santé, les données présentées sont principalement tirées de l'Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie de 2009 ainsi que sur le volet montérégien de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2011-2012 qui fournit des données plus récentes pour la région. Les données concernant l'allaitement proviennent de la banque Intégration-CLSC (I-CLSC). Les données sur le dépistage par mammographie sont tirées du système d'information du PQDCS et du fichier des services rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Les données sur l'incidence du cancer du sein proviennent du Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ). Ces données sont actuellement présentées selon la troisième révision de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3).

Les données de mortalité proviennent du Fichier des décès. Les causes de décès sont classifiées selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) jusqu'en 1999, et selon la dixième révision (CIM-10) à partir de 2000. Une barre verticale illustre ce changement de classification dans les graphiques montrant l'évolution des taux de mortalité, pour rappeler d'éviter de comparer directement les données avant et après 2000.

La prévalence est calculée à partir des données d'incidence du cancer et de mortalité. Dans ce document, la mesure de la prévalence porte sur le nombre de cancers diagnostiqués. La prévalence pour une année donnée est obtenue à partir du dénombrement de tous les cancers diagnostiqués depuis un certain délai (2, 5, 10 ou 15 ans) chez des personnes qui sont encore vivantes au 1<sup>er</sup> janvier de cette année. Les projections (incidence et mortalité) sont calculées à partir des fichiers d'incidence du cancer, de mortalité et des projections démographiques, et sont basées sur le modèle Nordpred (Institut national de santé publique du Québec, 2014).

Les données sur les hospitalisations proviennent du système MED-ÉCHO, classifiées selon la CIM-10-CA. L'annexe 1 précise les codes correspondants aux sièges de cancer décrits dans ce portrait selon les différentes versions de la CIM. Enfin, les estimations et les projections démographiques produites par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA) de la RAMQ (dans le cas du PQDCS) ont fourni les dénominateurs nécessaires au calcul des taux.

Pour chaque indicateur provenant de l'Infocentre de santé publique, les données ont été analysées conformément aux recommandations et pratiques citées dans le Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Les résultats présentent des taux ajustés annuels moyens pour 100 000 personnes-années; cependant, dans un souci d'alléger le texte, la mention « pour 100 000 » sera privilégiée. Les taux ont été ajustés selon l'âge afin de permettre la comparaison dans le temps et l'espace sans que celle-ci soit affectée par les différences de structure d'âge des populations concernées. Les données pour l'incidence et la mortalité sont présentées par périodes de trois, quatre ou cinq années.

Des résultats sont présentés pour la Montérégie, par réseau territorial de services (RTS) et par réseau local de services (RLS). Bien que ces taux soient comparés statistiquement avec ceux du reste du Québec, dans un souci de concision, on fait référence dans le texte aux taux du Québec. Lorsque les données sont disponibles pour la Montérégie selon le découpage d'avril 2015 pour

la région sociosanitaire (excluant les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska), elles sont privilégiées; dans ce cas, on réfère à la Montérégie dite « sociosanitaire »; autrement, on réfère à la Montérégie dite « administrative », laquelle inclut les deux RLS mentionnés.



## Résultats

### 1. Incidence du cancer du sein

#### 1.1 Hausse du nombre de nouveaux cas et relative stabilité du taux d'incidence

Pour la période 2008-2010, environ 900 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chez les femmes en moyenne chaque année en Montérégie<sup>3</sup>. Ce nombre a doublé depuis 25 ans, comme cela est observé pour l'ensemble des cancers et pour plusieurs autres sièges de cancer. Cette hausse est généralement attribuée en grande partie au vieillissement et à l'accroissement de la population; le dépistage par mammographie pourrait y avoir contribué dans une certaine mesure.

Le taux d'incidence ajusté pour l'âge<sup>4</sup> a fluctué au cours des deux dernières décennies avec comme résultat global une légère augmentation des taux. La hausse des taux s'est produite essentiellement au milieu des années 1990 et au début des années 2000, suivie d'une légère chute. La Montérégie semble montrer une tendance à la hausse dans la dernière période. Le taux d'incidence du cancer du sein en Montérégie reste généralement comparable à celui du Québec, sauf en 1993-1995, où la Montérégie se distingue par un taux moins élevé, au plan statistique, que celui du Québec (figure 1).

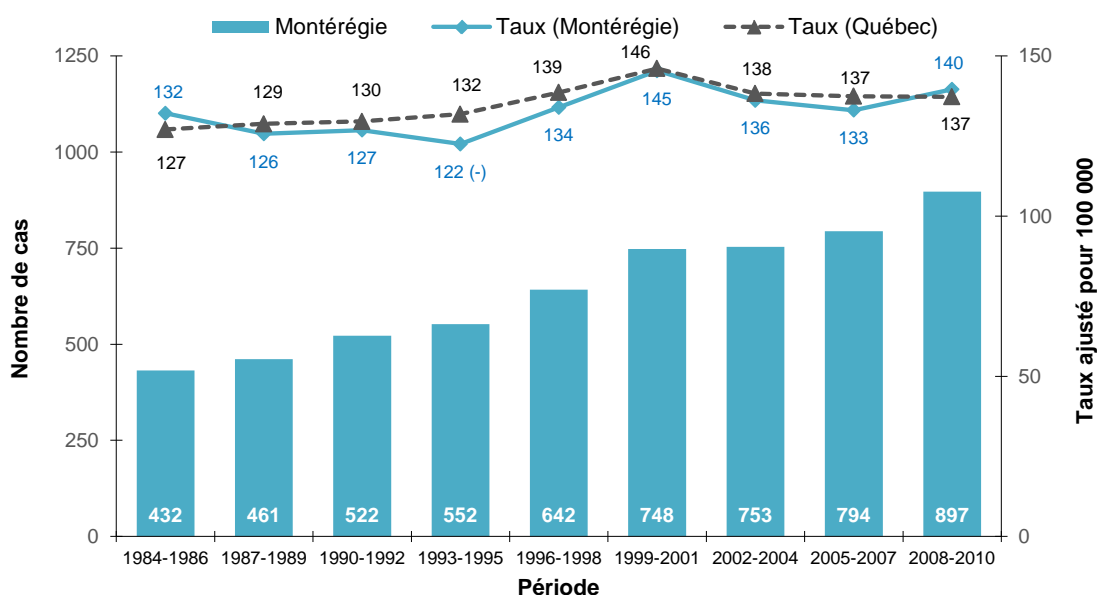
La hausse transitoire du taux d'incidence au cours des années 1990 et début 2000 reflète probablement la pratique accrue du dépistage par mammographie, influencée par les guides de pratique et par l'avènement du PQDCS. Une augmentation analogue du taux s'est aussi manifestée au Québec et au Canada autour de cette période. Plus globalement, il est possible que des changements à long terme dans les facteurs hormonaux (par ex. : grossesse à un âge tardif, prise d'hormones, allaitement maternel, etc.) puissent influencer les taux de cancer du sein.

---

<sup>3</sup> Région sociosanitaire selon le découpage d'avril 2015.

<sup>4</sup> Le taux ajusté pour l'âge permet de neutraliser l'effet des différences de structure d'âge entre les populations.

**Figure 1**  
 Nombre<sup>1</sup> et taux ajusté d'incidence du cancer du sein chez la femme,  
 Montérégie (socio-sanitaire)<sup>2</sup> et Québec 1984-1986 à 2008-2010



<sup>1</sup> Nombre annuel moyen.

<sup>2</sup> Montérégie socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 5 %.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013);

MSSS, Estimations et projections démographiques (1981-1995 : avril 2012; 1996-2036 : mars 2015).

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

Par ailleurs, selon des analyses de projection sur les données montérégiennes, le nombre de nouveaux cas devrait augmenter en Montérégie dans les années à venir, pour atteindre 938 en 2015 et 1 023 cinq ans plus tard.

## 1.2 La majorité des cas surviennent chez les 50-69 ans

En Montérégie, pour la période 2008-2010, environ 55 % des nouveaux cas de cancer du sein sont survenus chez les femmes de 50-69 ans, 25 % chez les 70 ans et plus et 20 % chez les femmes de moins de 50 ans.

Le taux d'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge; chez les 70 ans et plus, il dépasse largement le taux chez les plus jeunes. Par ailleurs, le taux d'incidence évolue différemment selon l'âge : depuis 25 ans, il chute chez les 70 ans et plus alors qu'il augmente chez les 50-69 ans. Chez les femmes de 40-49 ans, le taux d'incidence est relativement stable depuis 25 ans, malgré certaines fluctuations et une légère tendance à la hausse perceptible depuis le début des années 2000 (figure 2). Les taux par groupe d'âge évoluent selon une tendance similaire à ceux du Québec; en 2008-2010, aucun écart statistiquement significatif n'est décelé entre la Montérégie et le Québec.

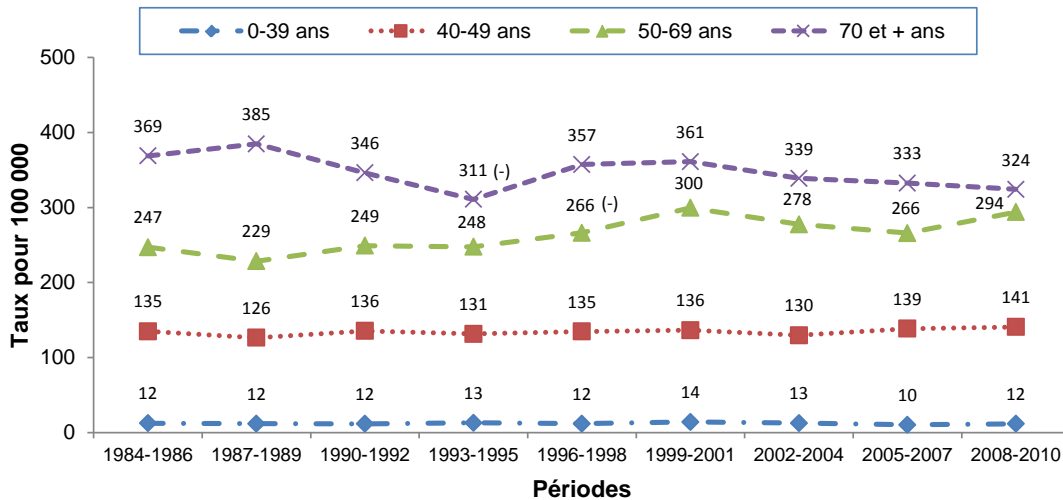
Plusieurs raisons peuvent contribuer aux variations des taux d'incidence du cancer du sein selon les groupes d'âge. La hausse observée pour l'ensemble des femmes au cours des années 1990 et début 2000 (graphique 1) semble essentiellement due à l'augmentation du taux chez les femmes de 50-69 ans (graphique 2), principalement visées par le dépistage. La mammographie

de dépistage, en permettant la détection de très petites tumeurs non diagnostiquées cliniquement, peut contribuer à l'accroissement de l'incidence. Par ailleurs, il existe certaines hypothèses selon lesquelles les premières années du programme de dépistage du cancer du sein aient permis de déceler la majorité des cancers présents chez la population soumise au dépistage, ce qui expliquerait certains reculs dans l'incidence au cours des années 2000, suivi d'un retour aux taux précédents. Ce phénomène a aussi été observé lors de l'arrivée du test de dépistage du cancer de la prostate par l'antigène prostatique spécifique (APS).

Le cancer du sein se distingue par un taux d'incidence élevé chez les jeunes femmes comparativement à d'autres types de cancer fréquents de l'adulte. Chez les femmes de 40-49 ans, le taux d'incidence du cancer du sein est 5 à 6 fois plus élevé que celui du cancer du poumon et du cancer colorectal.

Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas de cancer est le plus élevé chez les femmes de 50-69 ans, et ce, malgré un taux d'incidence plus bas que chez les femmes de 70 ans et plus. En 2008-2010, ce nombre atteint 497 chez les femmes de 50-69 ans alors qu'il s'élève à 218 chez les femmes de 70 ans et plus, ce qui s'explique par des effectifs de population plus élevés chez les 50 à 69 ans.

**Figure 2**  
Taux d'incidence du cancer du sein chez la femme, selon l'âge, Montérégie (socio-sanitaire)<sup>1</sup>, 1984-1986 à 2008-2010



<sup>1</sup> Région socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou faible que celle du reste du Québec au seuil de 5 %.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013);

MSSS, Estimations et projections démographiques (1981-1995 : avril 2012; 1996-2036 : mars 2015).

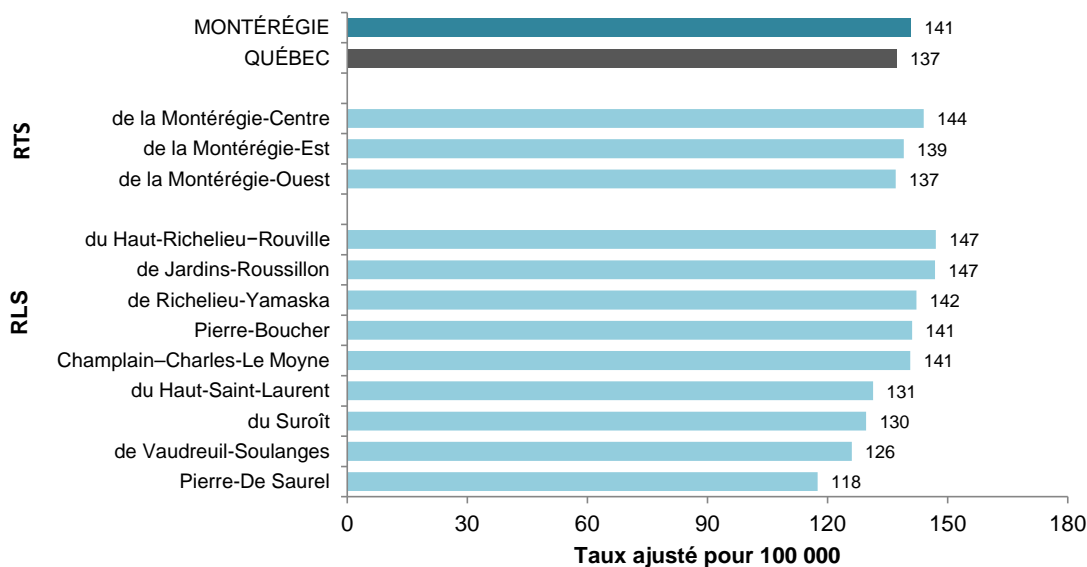
Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

### 1.3 Pas d'écart important par RLS ou RTS pour l'incidence du cancer du sein

En 2008-2010, le taux d'incidence du cancer du sein varie selon le RLS de 118 à 147 nouveaux cas par 100 000 et de 137 à 144 par 100 000 selon les RTS (figure 3). Aucune différence statistiquement significative n'est décelée entre les taux des RLS ou des RTS et celui du Québec en 2008-2010.

Entre 1984-1986 et 2008-2010, les taux ajustés d'incidence du cancer du sein dans les RLS fluctuent, mais globalement la tendance reste semblable à ce qu'on observe au Québec.

**Figure 3**  
Taux ajusté d'incidence du cancer du sein chez la femme, RTS, RLS, Montérégie (socio-sanitaire)<sup>1</sup>, Québec, 2008-2010



<sup>1</sup> Région socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013);

MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

## 2. Mortalité par cancer du sein

### 2.1 Réduction du taux de mortalité pour le cancer du sein

Pour la période 2008-2011, le cancer du sein a causé en moyenne 207 décès par année en Montérégie<sup>5</sup>. Comme pour l'incidence, ce nombre moyen augmente, passant de 188 à 207 entre 2000-2003 et 2008-2010. Par ailleurs, le taux de mortalité par cancer du sein diminue au fil des ans, avec un écart statistiquement significatif entre 2000-2003 et 2008-2011, tant en Montérégie qu'au Québec. Par ailleurs, depuis plus de 25 ans, le taux de mortalité en Montérégie est semblable à celui du Québec (figure 4).

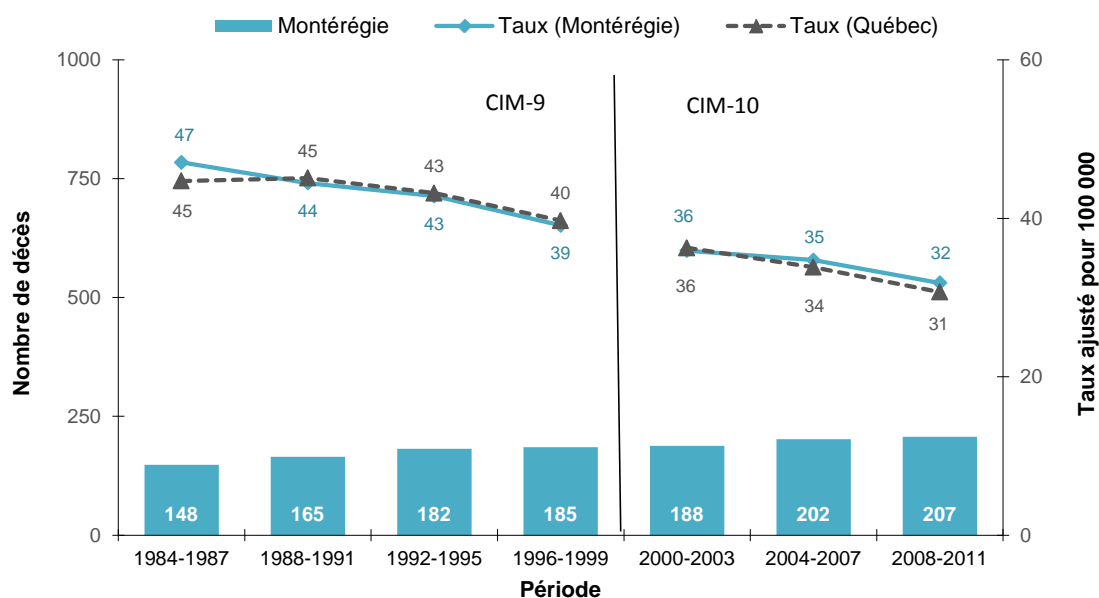
Comme pour l'incidence, sous l'influence de la croissance démographique et du vieillissement, on s'attend à ce que les nombres de décès par cancer du sein augmentent dans les années à venir. On estime que le nombre projeté pour la Montérégie s'élèvera à 227 décès par cancer du sein en 2015 et atteindra 242 en 2020.

La chute du taux de la mortalité pour le cancer du sein au cours des dernières décennies est généralement attribuée à une amélioration des traitements, notamment les traitements

<sup>5</sup> Région socio-sanitaire, selon le découpage d'avril 2015.

adjuvants à la chirurgie, ainsi qu'au dépistage accru du cancer du sein par mammographie. Cela concorde avec une amélioration de la survie à ce cancer observée au Québec : la probabilité de survie relative à cinq ans au cancer du sein serait passée de 70 % en 1984 à 88 % en 2006 (ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction québécoise de cancérologie). La baisse de mortalité s'observe aussi ailleurs; le taux au Canada aurait atteint, en 2014, le niveau le plus bas jamais enregistré depuis 1950 (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2015).

**Figure 4**  
Nombre<sup>1</sup> et taux ajusté de mortalité du cancer du sein chez la femme,  
Montérégie (socio-sanitaire)<sup>2</sup> et Québec 1984-1987 à 2008-2011



<sup>1</sup> Nombre annuel moyen.

<sup>2</sup> Région socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

Sources : MSSS, Fichier des décès;

MSSS, Estimations et projections démographiques (1981-1995 : avril 2012; 1996-2036 : mars 2015).

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

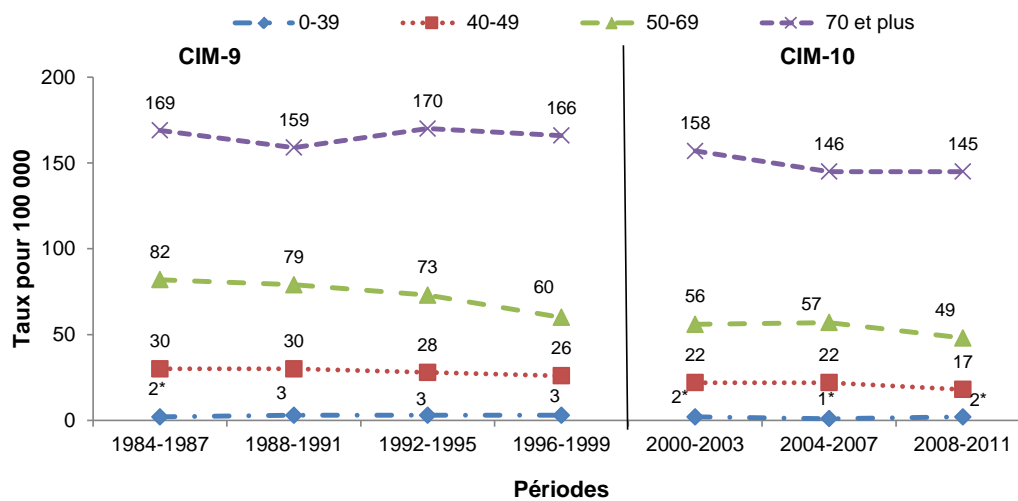
## 2.2 La mortalité tend à diminuer dans les groupes d'âge les plus touchés

En 2008-2010, le taux de mortalité par cancer du sein en Montérégie augmente avec l'âge et culmine chez les 70 ans et plus. Pour chacun des groupes d'âge, aucune différence statistiquement significative n'est décelée entre les taux de la région et ceux du Québec. Par ailleurs, on observe une tendance à la baisse des taux de mortalité chez les femmes de 40 ans et plus, sans toutefois que cette diminution soit statistiquement significative.

Cela dit, les nombres de décès par cancer du sein ont augmenté chez les 50 ans et plus. L'accroissement et le vieillissement de la population, en favorisant l'augmentation du nombre de cas de cancer du sein, expliquent probablement cette situation. Le groupe des 70 ans et plus compte le plus grand nombre de décès pour cette cause, et ce, même si le plus grand nombre de nouveaux cas se trouve chez les femmes de 50-69 ans.

Chez les femmes de moins de 50 ans, le cancer du sein, malgré une bonne survie, cause autant de décès que le cancer du poumon, en raison de sa fréquence plus élevée chez les femmes de ce groupe d'âge. Par ailleurs, une étude de l'INSPQ sur le cancer du sein rapporte qu'en 2003, la proportion de cancers précoces<sup>6</sup> au moment du diagnostic est plus faible chez les femmes de moins de 50 ans par rapport aux femmes de 50-69 ans et 70 ans et plus.

**Figure 5**  
Taux de mortalité par cancer du sein chez la femme, selon l'âge  
Montérégie (socio-sanitaire)<sup>1</sup>, 1984-1987 à 2008-2011



<sup>1</sup> Région socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès;

MSSS, Estimations et projections démographiques (1981-1995 : avril 2012; 1996-2036 : mars 2015).

Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

### 2.3 Taux de mortalité : les RLS et RTS ne se distinguent pas du Québec

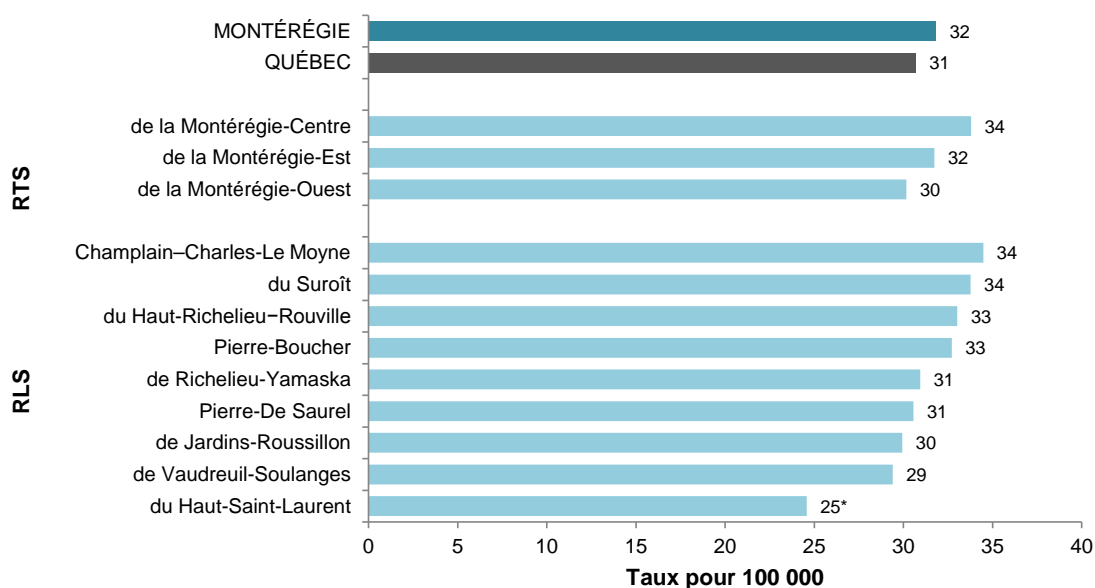
En 2008-2011, le taux de mortalité varie de 25<sup>7</sup> à 34 décès par 100 000 selon les RLS (figure 6) et de 30 à 34 décès par 100 000 selon les RTS. Aucun des territoires ne se distingue du Québec de façon statistiquement significative.

Par ailleurs, tout comme en Montérégie, les taux de mortalité ont évolué favorablement dans plusieurs territoires de RLS et de RTS entre 2000-2003 et 2008-2011. Cependant, aucun d'entre eux n'enregistre un recul statistiquement significatif durant cette période.

<sup>6</sup> Tumeur de petite taille (<= 2 cm) et sans atteinte des ganglions régionaux.

<sup>7</sup> Taux doté d'un coefficient de variation élevé, signe d'une certaine instabilité. Ce taux doit être interprété avec prudence.

**Figure 6**  
Taux ajusté de mortalité par cancer du sein chez la femme, RTS, RLS,  
Montérégie (socio-sanitaire)<sup>1</sup>, Québec, 2008-2011



<sup>1</sup> Région socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès;

MSSS, estimations et projections démographiques (1981-1995 : avril 2012; 1996-2036 : mars 2015).

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

### 3. Participation au PQDCS et services de mammographie de dépistage

#### 3.1 Participation au PQDCS : inférieure à l'objectif

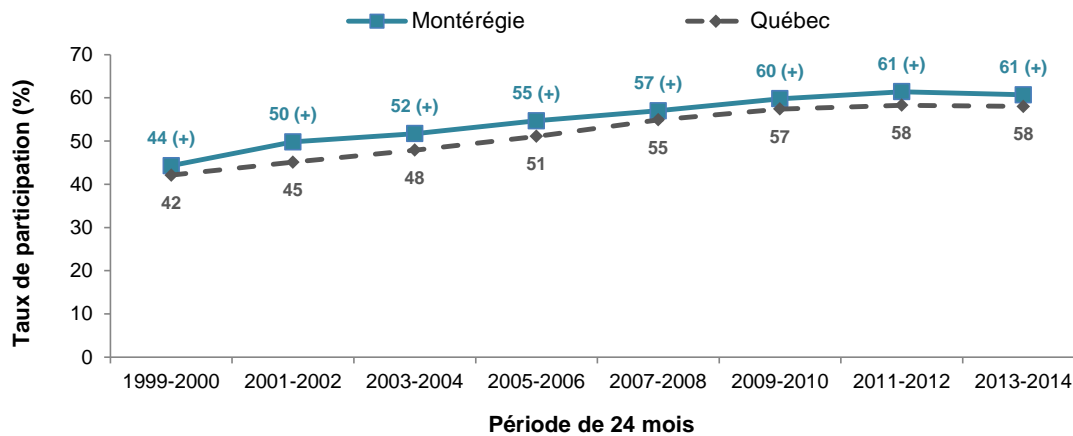
À l'âge de 50 ans, toutes les femmes<sup>8</sup> reçoivent une invitation à participer au [Programme québécois de dépistage du cancer du sein](#) (Direction de santé publique de la Montérégie, PQDCS). Par la suite, elles sont invitées tous les deux ans à passer une mammographie de dépistage jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 70 ans ou qu'elles développent un cancer du sein ou qu'elles manifestent leur refus de participer.

Le taux de participation au programme, soit la proportion de femmes ayant accepté de participer parmi celles éligibles, occupe une place centrale dans le suivi du programme. En effet, une participation de 70 % est visée pour atteindre l'objectif du PQDCS de réduire le taux de mortalité de 25 %.

<sup>8</sup> Femmes admissibles au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour qui l'adresse est valide.

Depuis la période 1999-2000 (période de 24 mois) jusqu'en 2013-2014, le taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS a augmenté en Montérégie, passant de 44 à 61 %<sup>9</sup>, soit une hausse relative de 39 %. La courbe de l'évolution des taux est semblable en Montérégie et au Québec, on assiste à une hausse des taux jusqu'en 2011-2012. Cependant, pour toutes les périodes, les taux sont significativement supérieurs en Montérégie en comparaison avec le Québec<sup>10</sup>, comme c'est le cas pour plusieurs régions du Québec.

**Figure 7**  
Taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS, Montérégie (administrative)<sup>1</sup> et Québec, 1999-2000 à 2013-2014



<sup>1</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraiie et de la Haute-Yamaska).  
(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 1 %.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS;  
RAMQ, Fichier des personnes assurées (FIPA).  
Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

Chez les femmes de 50-69 ans en Montérégie, le taux de participation au PQDCS chez les femmes favorisées au plan matériel et social<sup>11</sup> surpasse au plan statistique celui des femmes défavorisées depuis 1999-2000. Par ailleurs, les taux de participation des Montérégiennes, qu'elles soient favorisées ou défavorisées, dépassent les taux de leurs homologues du Québec (figure 8).

Des différences dans les taux de participation s'observent aussi selon la langue de correspondance. Les femmes ayant choisi de recevoir leur correspondance en français affichent des taux de participation nettement plus élevés que celles ayant choisi l'anglais. Ces différences

<sup>9</sup> Le PQDCS est actuellement en transition vers l'utilisation d'un taux de participation basé sur une période de 30 mois, ce qui permettrait une meilleure comparabilité avec le reste du Canada. Les taux calculés sur 30 mois sont plus élevés, à titre d'exemple, le taux pour la période la plus récente atteint 67 %.

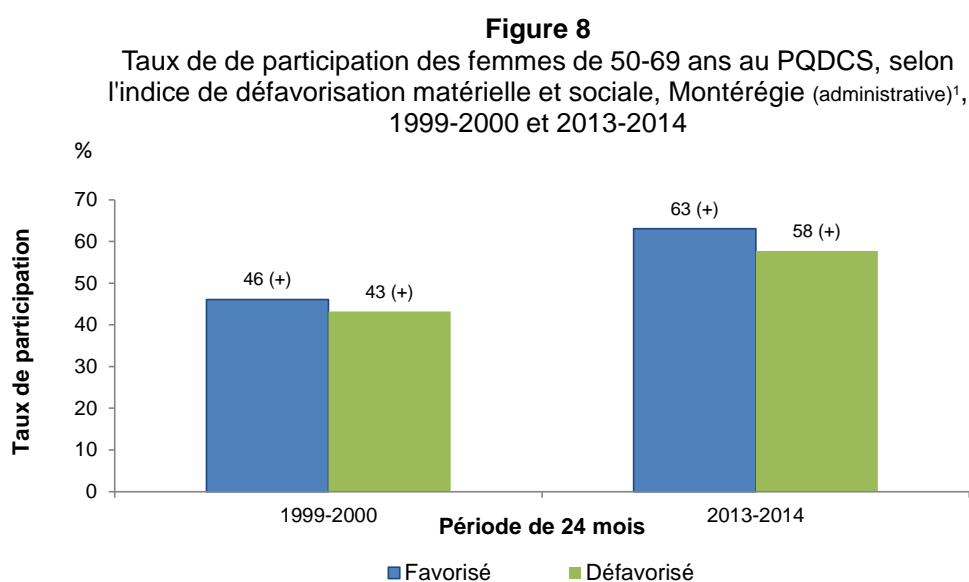
<sup>10</sup> Précisons toutefois que le taux de participation beaucoup plus faible observé dans la région sociosanitaire de Montréal (49 % en 2013-2014) contribue à diminuer le taux de participation du reste du Québec, ce qui accroît la probabilité d'observer un écart significatif entre la Montérégie et le reste du Québec.

<sup>11</sup> Selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon de 2006 attribué à la zone de résidence de la participante.



sont observées depuis 1999-2000 (figure 9). Cela dit, les femmes recevant leur correspondance en anglais représentent 10 % des femmes admissibles au PQDCS en Montérégie. Quelle que soit la langue de correspondance, les taux montérégiens dépassent ceux du Québec, sauf en 1999-2000 chez les femmes qui reçoivent leur correspondance en anglais.

Malgré des gains importants dans le taux de participation au PQDCS au cours des années 2000, la cible de 70 % n'est toujours pas atteinte. De plus, la participation moindre observée chez les femmes défavorisées, constante depuis le début du programme, reste préoccupante en termes d'inégalités sociales de santé. Par ailleurs, la participation plus faible des femmes recevant leur correspondance en anglais pourrait résulter de caractéristiques différentes chez cette population, notamment la défavorisation ou les différences culturelles chez certains groupes d'immigrantes, faisant en sorte que ces clientèles s'avèrent moins bien rejointes par le programme.



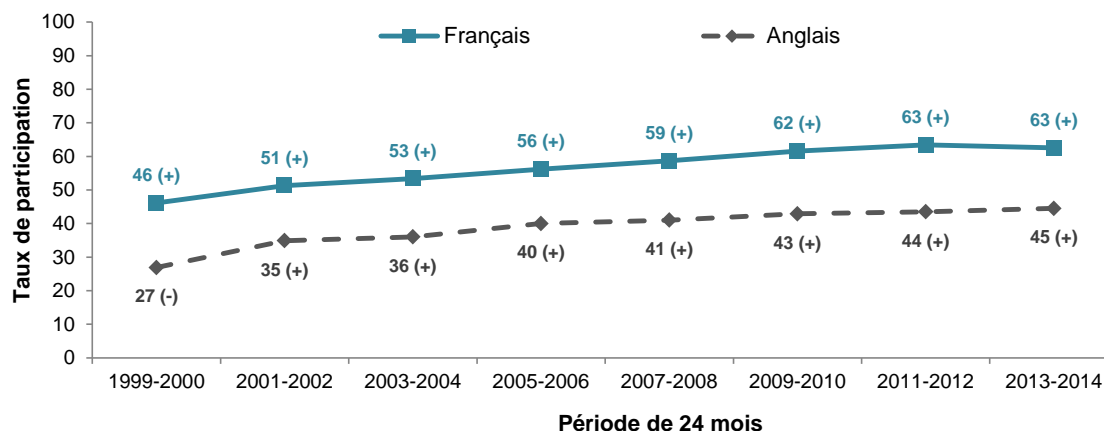
<sup>1</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).

(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 1 %.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS;  
RAMQ, Fichier des personnes assurées (FIPA).

Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

**Figure 9**  
Taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS, selon la langue de correspondance, Montérégie (administrative)<sup>1</sup>, 1999-2000 à 2013-2014

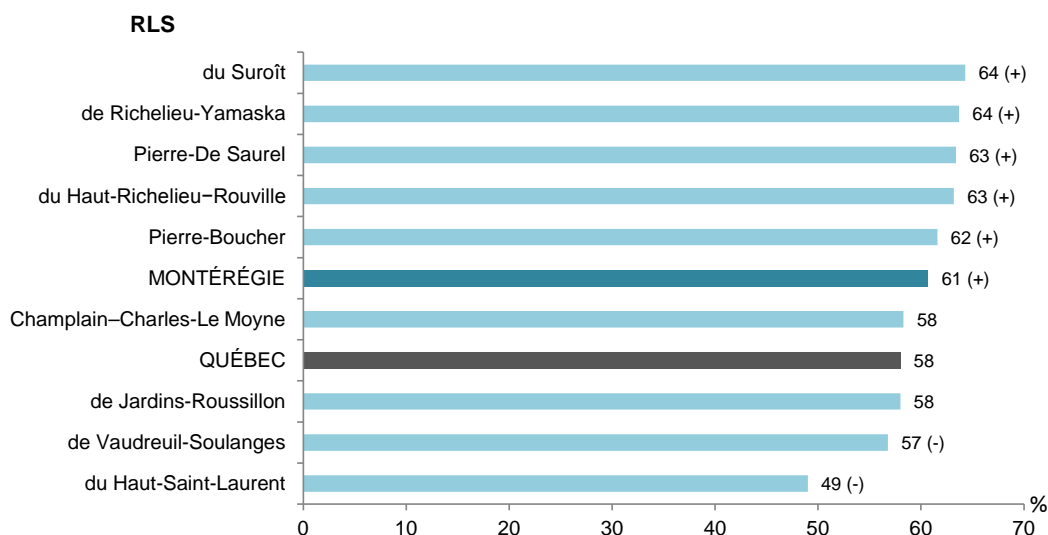


<sup>1</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).  
(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 1 %.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS;  
RAMQ, Fichier des personnes assurées (FIPA).  
Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

Le taux de participation varie selon les territoires de RLS, passant de 49 à 64 % en 2013-2014. Plusieurs RLS atteignent un taux de participation supérieur à celui du Québec; les RLS de Vaudreuil-Soulanges et du Haut-Saint-Laurent ont un taux plus bas. Cela dit, cette différence ne semble pas suffisante pour créer un impact sur la mortalité, car les taux de mortalité de ces RLS ne se distinguent pas du taux québécois. Précisons également qu'en Montérégie, les RLS de Vaudreuil-Soulanges et du Haut-Saint-Laurent présentent les plus fortes proportions de femmes ciblées par le programme qui reçoivent leur correspondance en anglais en 2013-2014 (26 et 36 % respectivement), comparativement à 10 % pour la Montérégie.

**Figure 10**  
 Taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS,  
 RLS, Montérégie (administrative)<sup>1</sup>, Québec, 2013-2014



<sup>1</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).  
 (+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 1 %.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS;  
 RAMQ, Fichier des personnes assurées (FIPA).

Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juillet 2015.

### 3.2 Mammographie de dépistage : en hausse chez les 40-49 ans et les 70 ans et plus

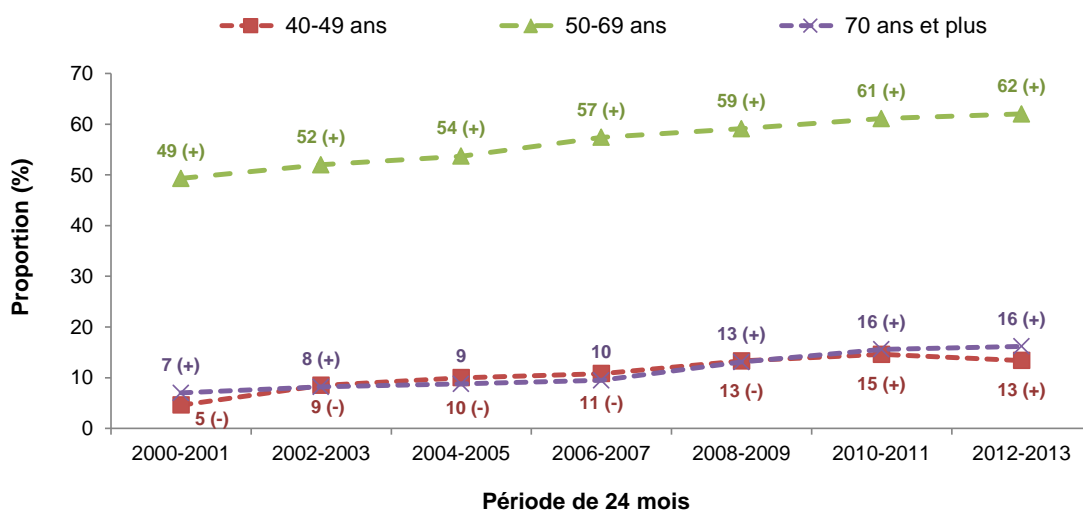
Plusieurs femmes obtiennent une mammographie de dépistage sans participer au PQDCS. Par exemple, les femmes plus jeunes ou plus âgées que 50-69 ans peuvent obtenir une prescription de dépistage de leur médecin. La proportion de femmes ayant reçu une mammographie de dépistage permet de dresser un portrait de l'ensemble de femmes rejointes par le dépistage.

Pour le groupe d'âge 50-69 ans, la proportion est semblable au taux de participation au PQDCS; on observe à peine environ un point de pourcentage supplémentaire pour chaque période de 24 mois comparable depuis 2000-2001. Malgré le fait que le PQDCS ne cible pas les 40-49 ans, la proportion de femmes de ce groupe d'âge ayant reçu une mammographie de dépistage a triplé entre 2000-2001 et 2012-2013, passant de 5 à 13 %. Une situation semblable est observée chez les femmes de 70 ans et plus, chez lesquelles la proportion est passée de 7 à 16 %. Pour ces trois groupes d'âge, les augmentations entre 2000-2001 et 2012-2013 sont statistiquement significatives. En 2012-2013, la Montérégie se distingue par des proportions plus élevées qu'au Québec pour les groupes d'âge supérieurs à 40 ans (figure 11). Chez les femmes de 20-39 ans, la proportion varie de 0,0 à 0,6 entre 2000-2001 et 2012-2013 (non illustré sur le graphique).

On observe que chez les femmes plus jeunes ou plus âgées que celles visées par le programme, le recours au service de mammographie peut être notable. Ces dernières et leurs médecins ont pu être influencés par les lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein, certaines recommandant le dépistage de 50 à 74 ans (The Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2011; U.S. Preventive Services Task force, 2009). Le dépistage systématique chez les femmes de 40-49 ans n'est pas recommandé en l'absence de facteurs de risque particuliers. Cependant, la

littérature scientifique ne déconseille pas le dépistage (comme pour d'autres types de cancer). Ainsi, après discussion avec leur médecin sur les avantages et inconvénients, davantage de jeunes femmes ont pu opter pour la mammographie pour diverses raisons. Il est intéressant de rappeler que la mortalité a diminué chez ces deux groupes d'âge durant les années 2000, sans doute en raison de l'amélioration des traitements adjuvants. Le dépistage entre 50 et 69 ans pourrait aussi contribuer à diminuer la mortalité chez les 70 ans et plus.

**Figure 11**  
Proportion de femmes ayant reçu le service de mammographie de dépistage selon l'âge, Montérégie (administrative)<sup>1</sup>, 2000-2001 à 2012-2013



<sup>1</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).  
(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 1 %.

Sources : RAMQ, Fichier de facturation à l'acte;  
MSSS, Estimations et projections démographiques, décembre 2014.  
Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juin 2015.

## 4. Les facteurs associés au cancer du sein

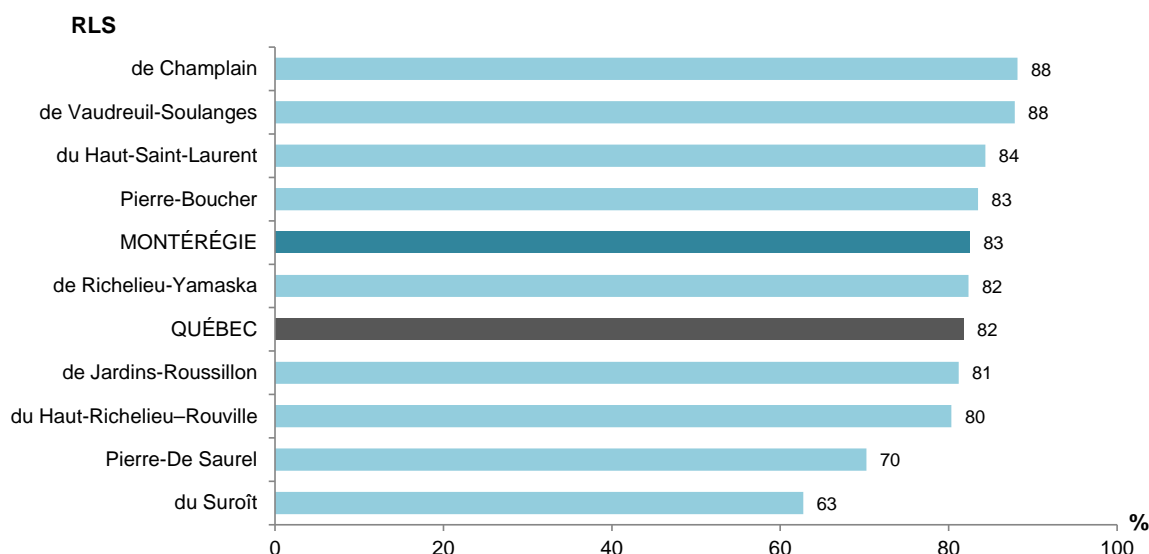
Des données sont disponibles pour certains facteurs associés à une augmentation ou à une réduction du risque de cancer sein. Les données d'enquête décrivent la situation seulement pour la Montérégie administrative, laquelle inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska.

### 4.1 Allaitement maternel : bon pour la mère et l'enfant

Le fait d'allaiter constitue un facteur de protection et l'effet protecteur augmente avec la durée de l'allaitement.

En Montérégie, en 2013-2014, plus de 80 % des femmes ayant donné naissance à un bébé l'ont allaité au cours du premier mois suivant la naissance, soit de façon exclusive ou en combinaison avec d'autres produits. Une proportion semblable s'observe au Québec. Le taux d'allaitement au cours du premier mois après la naissance varie de 63 % au RLS du Suroît à 88 % au RLS de Champlain, la majorité des RLS montrant un taux de 80 % et plus.

**Figure 12**  
Taux d'allaitement non exclusif dans le premier mois suivant la naissance,  
RLS, Montérégie (administrative)<sup>1</sup> et Québec, 2013-2014



<sup>1</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).

Source : RAMQ, Banque provinciale I-CLSC - Alimentation de l'enfant, Québec.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juin 2015.

Malheureusement, le taux d'allaitement non exclusif diminue de moitié au cours des premiers mois de vie du bébé; il passe de 83 % durant le premier mois à 48 % à l'âge de 6 mois.

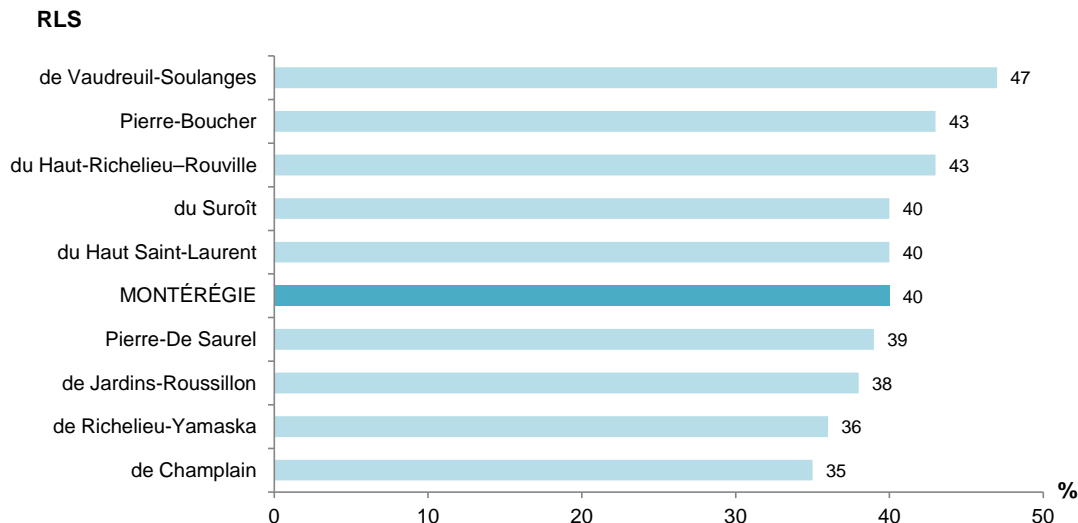
### 4.2 L'activité physique : peut-on faire mieux?

Le niveau d'activité physique minimal nécessaire pour être bénéfique pour la santé varie selon la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité. La pratique d'activité physique d'intensité modérée, par épisode d'au moins 30 minutes et ce, au moins trois jours par semaine, produirait

des bienfaits sur la santé (Nolin B. et D. Hamel, 2005). Les données par RLS proviennent de l'enquête sur les maladies chroniques en Montérégie en 2009; elles ne correspondent pas exactement aux mesures recommandées dans la référence citée, mais elles sont estimées de façon semblable<sup>12</sup>. En Montérégie, 31 % des femmes de 18 ans et plus rapportent être actives dans leurs loisirs en 2009. En ajoutant celles qui optent pour le transport actif, incluant la marche (6 heures ou plus par semaine), la proportion augmente à 40 % en Montérégie. Cette proportion (loisirs et transport) varie selon les RLS de 35 à 47 %; aucun ne se distingue de la Montérégie<sup>13</sup> au plan statistique (figure 13). Par ailleurs, 36 % des femmes se disaient sédentaires en Montérégie.

Par ailleurs, des données plus récentes provenant de l'ESCC 2011-2012<sup>14</sup> montrent qu'en Montérégie, seulement 41 % des femmes rapportent être actives lors des loisirs ou du transport. La proportion est semblable chez les femmes du Québec.

**Figure 13**  
Proportion des femmes de 18 ans plus<sup>1</sup> active physiquement,  
RLS et Montérégie (administrative)<sup>2</sup>, 2009



<sup>1</sup> Population vivant en ménage privé.

<sup>2</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).

Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.

Production: équipe surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, mars 2015.

<sup>12</sup> Pour être classée dans le groupe « actif », une personne devait 1) faire l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide, au moins trois fois par semaine dans ses loisirs ou 2) un minimum de 6 heures par semaine (incluant la marche) en transport actif (pour aller à l'école ou au travail). Pour être classé dans le groupe « sédentaire », une personne faisait de l'activité physique moins d'une fois par semaine.

<sup>13</sup> Ces données sont tirées d'une étude réalisée uniquement en Montérégie.

<sup>14</sup> L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) présente des différences méthodologiques avec l'Enquête sur les maladies chroniques de 2009 et leurs estimés ne peuvent pas être comparés. L'ESCC ne fournit pas de données à l'échelle des RLS.

#### 4.3 Consommation d'alcool : pas de niveau sécuritaire en lien avec le cancer

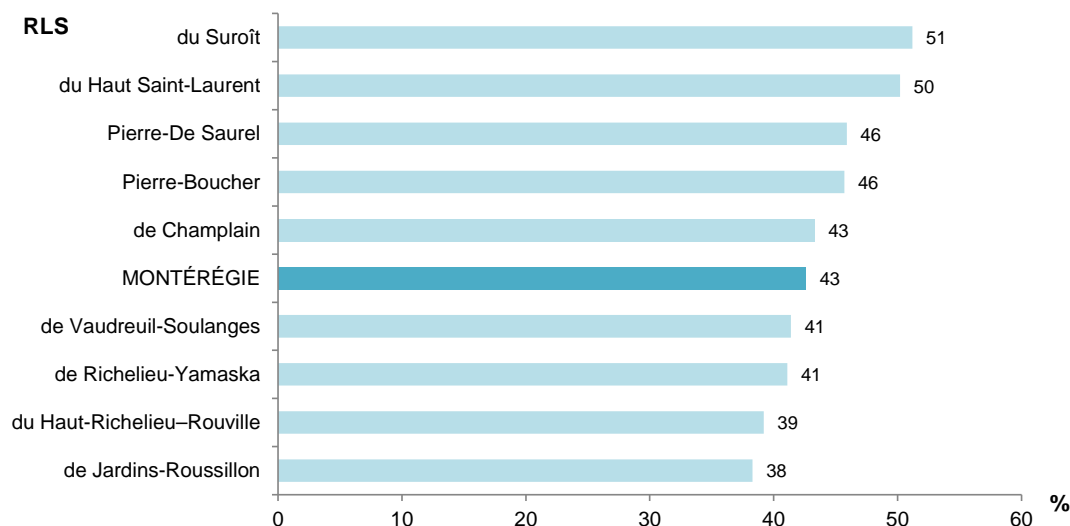
La consommation d'alcool augmente le risque de développer un cancer du sein et aucun seuil sécuritaire n'est connu pour ce problème de santé (World Cancer Research Fund, 2007). Cependant, certains organismes ont émis des recommandations de consommation à faible risque, pour certaines maladies chroniques et d'autres effets de l'alcool comme la dépendance.

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) recommande aux femmes de limiter le nombre de consommations d'alcool à 10 ou moins par semaine. Selon l'ESCC 2011-2012, environ 7 % des femmes de la Montérégie déclarent une consommation supérieure aux recommandations du CCLT, soit une proportion semblable à celle observée au Québec. En l'absence de seuil sécuritaire connu concernant le cancer, ces valeurs sous-estiment probablement la proportion de la population davantage à risque de cancer du sein en raison de leur consommation d'alcool.

#### 4.4 Surplus de poids : source de préoccupation

Selon l'enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, on estime qu'en 2009, 42 % des femmes souffrent d'un surplus de poids : 27 % font de l'embonpoint et 15 % de l'obésité (figure 14). La proportion de surplus de poids varie de 38 à 51 % selon le territoire local, mais aucun RLS ne se distingue de la Montérégie au plan statistique (Direction de santé publique de la Montérégie, secteur Surveillance de l'état de santé de la population).

**Figure 14**  
Proportion des femmes de 18 ans et plus<sup>1</sup> présentant un surplus de poids,  
Montérégie (administrative)<sup>2</sup> et RLS, 2009



<sup>1</sup> Population vivant en ménage privé.

<sup>2</sup> Région administrative (inclut les RLS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska).

Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.

Production: équipe surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, mars 2015.

Par ailleurs, les données plus récentes de l'ESCC 2011-2012 nous indiquent que la situation reste préoccupante en Montérégie, car 43 % des femmes de 18 ans et plus présentent un surplus de poids. Ces valeurs ne sont pas différentes de celles observées au Québec. De plus, en comparaison avec les données antérieures de l'ESCC, la tendance ne semble pas à la baisse (INSPQ, Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec).

#### 4.5 Que peut-on retenir des données sur les facteurs associés

Les informations sur les quelques indicateurs présentés ci-dessus concernant les facteurs modifiables montrent que des gains peuvent être faits. L'allaitement maternel, en plus de réduire le risque pour les cancers du sein, présente de grands bénéfices pour la santé du bébé (ex. : prévention des infections respiratoires et gastro-intestinales). Les avantages de la pratique de l'activité physique, de la réduction de la consommation d'alcool et de la prévention du surplus de poids vont bien au-delà de la prévention du cancer du sein. Les bienfaits de ces habitudes de vie se répercutent positivement sur la prévention de plusieurs types de cancer et maladies chroniques.

Plusieurs actions de santé publique visent l'adoption de comportements sains dans la population. Par exemple, « l'Initiative des amis des bébés » pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel et des interventions qui encouragent le développement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie (manger mieux, bouger plus) auprès des différents partenaires et milieux (municipal, scolaire, services de garde, etc.).

## 5. Hospitalisation, prévalence et stade du cancer : quelques données

### 5.1 Prédominance de la chirurgie d'un jour pour le cancer du sein

Dans la majorité des cas, le cancer du sein nécessite des soins en milieu hospitalier pour un traitement par chirurgie. Pour l'année 2013-2014, le fichier MED-ÉCHO comprend 1 504 séjours hospitaliers pour un cancer du sein chez les résidentes de la Montérégie. En 2013-2014, les deux tiers de ces séjours pour le cancer du sein sont réalisés en chirurgie d'un jour; à l'inverse, en 2006-2007, ce sont les hospitalisations en soins de courte durée qui correspondent à peu près au deux tiers des séjours hospitaliers. Ce revirement témoigne possiblement d'un changement au niveau des pratiques d'hospitalisation, notamment davantage de chirurgies conservatrices<sup>15</sup> effectuées en chirurgie d'un jour. De plus, la pratique de dépistage par mammographie vise à trouver des tumeurs de petite taille, plus accessibles aux interventions moins invasives. L'étude de l'INSPQ montrait que déjà en 2003, 44 % des cancers diagnostiqués étaient d'une taille égale ou inférieure à deux centimètres.

### 5.2 Survie et prévalence : deux indicateurs reliés

La survie suite à un diagnostic de cancer du sein est bonne et s'est améliorée au cours des dernières décennies. En effet, au Québec entre 1984 et 2006, la probabilité de survie relative au cancer du sein chez les femmes, 5 ans après le diagnostic, est passée de 70 à 88 % (ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction québécoise de cancérologie). Une amélioration est aussi observée au Canada entre 1992-1994 (82 %) et 2006-2008 (88 %) (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2015). Cela illustre l'importance de s'attarder non seulement au

---

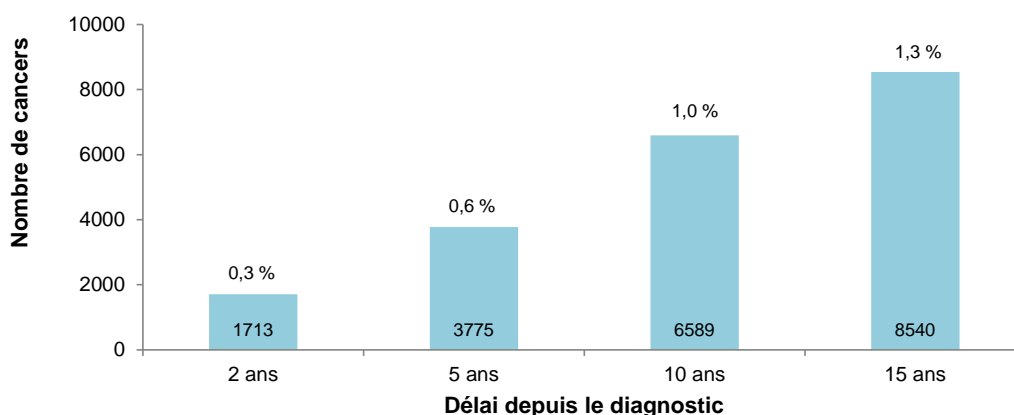
<sup>15</sup> Mastectomie partielle ou tumorectomie.



nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une année (incidence), mais également aux nombres de cas de cancer chez des personnes toujours en vie à un moment donné (prévalence).

La prévalence à cinq ans en 2011 s'élève à 3 775 cancers, ce qui correspond à tous les cancers du sein diagnostiqués de 2006 à 2010 chez des femmes toujours en vie au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le nombre de cas prévalents est environ quatre fois plus élevé que le nombre de nouveaux cas de cancer en 2010. De plus, la prévalence augmente avec le délai depuis le diagnostic; le nombre de cas atteint 8 540, 15 ans après le diagnostic (figure 15). Comme pour l'incidence, la prévalence est influencée par la croissance et le vieillissement de la population. La prévalence relative ajustée permet de neutraliser leur effet lorsqu'on compare la prévalence des cas diagnostiqués au fil du temps. On peut observer qu'en 2011, la prévalence du cancer du sein en Montérégie varie de 0,3 à 1,3 % des femmes, selon un délai de 2 à 15 ans depuis le diagnostic (figure 15). Cela témoigne de la survie élevée au cancer du sein.

**Figure 15**  
Prévalence<sup>1</sup> et prévalence relative ajustée (%) au 1<sup>er</sup> janvier 2011  
selon un délai de 2, 5, 10 et 15 ans depuis le diagnostic,  
Montérégie (socio-sanitaire)<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Nombre de cancer du sein diagnostiqués depuis 2, 5, 10 ou 15 ans chez les femmes en Montérégie, vivantes au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

<sup>2</sup> Région socio-sanitaire selon le découpage d'avril 2015.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs (version juin 2013);  
MSSS, estimations et projections démographiques, mars 2015.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2015.

La prévalence à 5 ans regroupe des cas de cancer dont le diagnostic est récent. La majorité de ces personnes sont en phase de traitement intense. Tant en Montérégie que dans les RLS et RTS, ces nombres correspondent à environ 0,6 % de la population (tableau 1).

**Tableau 1**  
Prévalence à 5 ans<sup>1</sup> du cancer du sein chez les femmes,  
au 1<sup>er</sup> janvier 2011, RLS et RTS

	Nombre
<b>RTS de la Montérégie-Centre</b>	<b>1 120</b>
RLS du Haut-Richelieu–Rouville	497
RLS de Champlain–Charles-Le Moyne	623
<b>RTS de la Montérégie-Ouest</b>	<b>1 126</b>
RLS du Haut-Saint-Laurent	70
RLS de Jardins-Roussillon	547
RLS du Suroît	178
RLS de Vaudreuil-Soulanges	331
<b>RTS de la Montérégie-Est</b>	<b>1 529</b>
RLS de Richelieu-Yamaska	634
RLS Pierre-Boucher	732
RLS Pierre-De Saurel	163

<sup>1</sup> Nombre de cas de cancer du sein diagnostiqués de 2006 à 2010, chez des femmes toujours en vie au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013; MSSS, Estimations et projections démographiques, mars 2015.

Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2014.

### 5.3 Stade du cancer au moment du diagnostic

Les données du FiTQ ne contiennent pas d'information sur le stade du cancer au moment du diagnostic. Le stade constitue un facteur pronostique déterminant pour le cancer du sein, comme pour plusieurs autres cancers. Les changements en cours visant la mise en place du Registre québécois du cancer (RQC), qui remplace le FiTQ et intègre ses données, devraient corriger peu à peu cette lacune. En effet, le RQC collecte les données sur le stade pour le cancer du sein à partir de 2015.

On établit le stade du cancer en fonction de trois paramètres : la taille ou l'extension locale de la tumeur, l'atteinte des ganglions régionaux et la présence de métastases à distance. Pour le cancer du sein, le stade I, le plus précoce, correspond à une petite tumeur ( $\leq 20$  mm), des ganglions régionaux non atteints (ou comprenant tout au plus des micrométastases), et l'absence de métastases à distance. Le stade IV, le plus avancé, se caractérise par la présence de métastases à distance, peu importe la taille de la tumeur ou l'atteinte des ganglions (American Joint Committee on Cancer, 2010).

Une étude sur le cancer du sein au Québec, réalisée par l'INSPO, donne un aperçu de la situation québécoise quant au stade du cancer au moment du diagnostic. En 2003, 44 % des cas étaient diagnostiqués au stade I, 43 % au stade II, 7 % au stade III et 6 % au stade IV. Ainsi, 87 % des

cancers du sein ont été diagnostiqués à un stade précoce (stade I et II), ce qui influence grandement la survie. Cette étude rapporte qu'en 2003, la probabilité de survie à cinq ans au cancer du sein atteint 98 % pour les stades I et 89 % pour les stades II; cette probabilité baisse à 67 % pour les stades III et 10 % pour les stades IV.

Par ailleurs, la proportion des tumeurs *in situ* (stade précancéreux, comportement non infiltrant qui ne présente pas la possibilité de faire des métastases) a augmenté entre 1993 et 2003 de 8 à 15 % chez les femmes de 50-69 ans. Les auteurs interprètent cette hausse comme un reflet de la progression du taux de couverture par mammographie (dépistage opportuniste) dans la décennie 1990, passant de 22 à 62 % entre 1989 et 2000 chez les femmes de 50-69 ans et de 8 à 18 % chez celles de 70 ans et plus (Perron, L. et coll. 2011).

## 6. Que faut-il retenir de ce portrait?

### Impact du nombre croissant de cancer du sein sur les services

L'augmentation du nombre de cas de cancer du sein, principalement liée à la croissance et au vieillissement de la population, demande une adaptation constante des services à offrir aux personnes atteintes. Il faudra simultanément faire face à une demande croissante tout en offrant des services de qualité. L'accroissement de la survie nécessitera aussi une adaptation des services aux besoins des personnes ayant eu un cancer depuis un certain nombre d'années. Bien que le portrait ne porte pas sur le cancer chez les hommes, il demeure important d'adapter les services et le soutien offerts à leurs besoins bien spécifiques.

### Dépistage précoce du cancer du sein : rejoindre davantage les femmes ciblées par le PQDCS

Par ailleurs, les services de dépistage préventifs peuvent faire une différence dans la lutte contre le cancer du sein. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vise à réduire la mortalité par cancer du sein par un dépistage précoce du cancer. Beaucoup de femmes de 50-69 ans se prévalent de ce service, mais la cible de participation de 70 %, visée par le programme, n'est pas encore atteinte. Il est notamment préoccupant de constater que l'accès au service de dépistage reste inégal : la participation moindre chez les femmes défavorisées et chez celles recevant leur correspondance en anglais inquiète. Afin de tenter de réduire les inégalités, des actions de promotion auraient avantage à se poursuivre par l'équipe montérégienne du PQDCS.

### De plus en plus de femmes survivent au cancer du sein

La mortalité diminue chez tous les groupes d'âge de 40 ans et plus. L'amélioration de la survie observée depuis deux décennies vient corroborer ce résultat. On reconnaît le rôle majeur des traitements dans cette bonne performance; ceux-ci se sont améliorés, ils sont plus efficaces et mieux adaptés aux caractéristiques du cancer ciblé. Il est cependant possible que les cancers détectés plus précocement en dépistage jouent également un rôle dans la baisse de mortalité. La survie pour les cancers très précoces ou les cancers *in situ* (lésion précancéreuse) atteint 98 à 100 % (Perron, 2011; National Cancer Institute, 2015).

### **Taux d'incidence du cancer du sein : évolution différente selon l'âge**

Bien que le nombre de cas augmente, le taux d'incidence du cancer du sein n'a pas beaucoup changé depuis 25 ans. Cette apparente stabilité cache des différences selon l'âge; le taux augmente chez les femmes de 50-69 ans alors qu'il décline chez les 70 ans et plus. Il est possible que le dépistage massif dans le groupe ciblé (50-69 ans) ait un impact chez les femmes plus âgées, en réduisant le nombre de nouveaux cas de cancer chez ce groupe d'âge. Ainsi, la hausse des taux chez les unes pourrait se refléter par la baisse du taux chez les autres.

### **La prévention : essentielle dans l'arsenal pour combattre le cancer**

La baisse de mortalité et l'amélioration de la survie sont de bonnes nouvelles pour les femmes atteintes de cancer du sein. Cependant, ce cancer reste de loin le plus fréquent chez les femmes et il occupe le deuxième rang des décès par cancer chez celles-ci.

De plus en plus, on reconnaît la place importante que pourrait occuper la prévention primaire dans la lutte contre le cancer. Prévenir l'apparition d'un cancer reste la solution la plus souhaitable. Même s'il demeure difficile de quantifier les impacts potentiels liés à la modification de certains facteurs de risque au regard du cancer du sein, il est établi que certaines habitudes de vie augmentent ou réduisent le risque de développer ce type de cancer. Éviter le surplus de poids, réduire le plus possible sa consommation d'alcool ou faire de l'activité physique peuvent aussi avoir un effet bénéfique sur d'autres cancers et sur plusieurs maladies chroniques. Par ailleurs, l'allaitement maternel protège contre le cancer du sein et se répercute de façon positive sur la santé du bébé allaité.

Il est ainsi doublement pertinent de viser en amont, avant que le cancer ne se développe, d'autant plus que les cancers et les maladies chroniques causent 60 % des décès. Les actions de santé publique, en collaboration par exemple avec les partenaires municipaux et les écoles, visent à agir sur l'environnement social et physique et sont porteuses de changement durable pour l'adoption de comportements sains.

## Références

Agence de santé publique du Canada (2011). Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada. Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/cancer/obcsp-podcs05/1-fra.php#Pro>

American Joint Committee on Cancer (2010). The AJCC cancer staging manual, seventh edition, Springer New York Dordrecht Heidelberg London.

Colditz GA, HJ Baer and RM Tamini (2006). Breast Cancer. In: Schottenfeld D and JF Jr Fraumeni eds. Cancer Epidemiology and Prevention, 3<sup>rd</sup> ed. New York : Oxford University Press, pp, 995-1012

Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer 2015. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/canadian-cancer-statistics-publication/?region=qc>

Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M and the Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers) (2005). Lancet, 366: 1784-93.

Direction de santé publique de la Montérégie. Traitement de données par le secteur Surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Direction de santé publique Montérégie, Programme québécois de dépistage du cancer du sein [En ligne]. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/pqdc/index.fr.html> [En ligne] (Consulté le 9 juillet 2015).

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique (2014). Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique, Québec, 179 p.

INSPQ, Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec, PNS (PCS-PMSM) [En ligne] (Consulté le 26 mars 2015).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction québécoise de cancérologie/Statistiques, [En ligne] <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/61a4a0842e5cbd34852568d500653357?OpenView&Start=1&Count=30&Expand=2.1.10#2.1.10> (Consulté le 18 juillet 2015)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Rapport d'activités des années 1998 et 1999.

National Cancer Institute, SEER Cancer Statistics Review 1975-2012. [En ligne] [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2012/browse\\_csr.php?sectionSEL=4&pageSEL=sect\\_04\\_table\\_13.html#table5](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/browse_csr.php?sectionSEL=4&pageSEL=sect_04_table_13.html#table5) (Consulté le 18 juillet 2015)

Nolin, B. et D. Hamel (2005). « Les Québécois bougent plus mais pas encore assez », dans : M. Venne et A. Robitaille (sous la direction de), l'Annuaire du Québec 2006, Montréal, Fides, pp. 296-311. Repéré à <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/474-QuebecoisBougentPlus.pdf>

Parkin DM, L Boyd and LC Walker (2011). The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105, S77-S81; doi: 10.1038/bjc.2011.489.

Perron L., D. Major , N. Hébert-Croteau et J. Brisson (2011). Évolution de la détection précoce, l'investigation, le traitement et la survie chez les femmes avec un cancer du sein diagnostiqué entre 1993 et 2003 au Québec. Rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 49 p. Repéré à [http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1266\\_SurvLutteCancerSein\\_1993-2003.pdf](http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1266_SurvLutteCancerSein_1993-2003.pdf)

The Canadian Task Force on Preventive Health Care (2011). Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *CMAJ*;183:1991–2001.

U.S. Department of Health and Human Services (2014). The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Repéré à <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>

U.S. Preventive Services Task Force (2009). Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*; 151:716-726.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report (2010). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Breast Cancer. Repéré à [http://www.dietandcancerreport.org/cancer\\_resource\\_center/downloads/cu/Breast-Cancer-2010-Report.pdf](http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/cu/Breast-Cancer-2010-Report.pdf)

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Policy and Action for Cancer Prevention (2009). Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective Washington DC: AICR. Repéré à [http://www.wcrf.org/sites/default/files/Policy\\_Report.pdf](http://www.wcrf.org/sites/default/files/Policy_Report.pdf)

## Annexe 1

Définition du cancer du sein chez la femme selon les codes de la classification internationale des maladies (CIM) des différentes versions utilisées dans ce rapport : CIM-9, CIM-10 et CIM-O-3 (troisième version pour l'oncologie)

	Codes	Description
CIM-9	174	Cancer du sein chez la femme
CIM-10*	C50	Cancer du sein
CIM-O-3*	C50	Cancer du sein

\* Pour la CIM-10 et la CIM-O-3, le sexe féminin a été sélectionné.







Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie

Québec 

Direction de santé publique

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3  
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443

[www.santemonteregie.qc.ca/santepublique](http://www.santemonteregie.qc.ca/santepublique)