



CANCER DU SEIN

chez les Canadiennes*

Heather Bryant, M.D., Ph.D., FRCPC (University of Calgary)

Historique

Au cours de la dernière décennie, le cancer du sein s'est avancé au premier plan comme l'une des principales préoccupations en matière de santé chez les Canadiennes, en partie en raison de l'importance du cancer du sein comme cause de maladie et de décès prématuré et également à la suite du travail des groupes militants pour sensibiliser le public à cette question. En 1992, un rapport du Comité permanent de la Chambre des communes, *Le cancer du sein : Des questions sans réponses*, a permis de relever plusieurs problèmes liés à la recherche sur le cancer du sein, à la prévention et aux soins. Ceci a donné lieu au Forum national sur le cancer du sein, un événement stratégique important parrainé par la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada, le Conseil de recherches médicales et Santé Canada, qui a eu lieu à Montréal en 1993. [1] Ce forum nous a légué un outil stratégique coordonné pour la lutte contre le cancer du sein, que l'on a su développer au cours des 10 dernières années.

Le présent chapitre fournira des données sur l'incidence du cancer du sein en termes épidémiologiques, les progrès réalisés dans la prévention de la maladie et les questions, axées sur la recherche ou sur la politique, qui continuent d'être soulevées.

Méthodologie

Ce document constitue en grande partie une révision de la documentation disponible au moment de la publication. Des données particulières sont citées dans les figures, et les méthodes qui ont servi à produire ces derniers sont énumérées dans la liste de références. Des remerciements vont à Santé Canada, à l'Institut national du cancer du Canada et au *Alberta Cancer Board* pour la production de ces figures.

Résultats

L'épidémiologie au Canada

Le cancer du sein est le cancer envahissant le plus fréquent chez les Canadiennes. [2] Le taux d'incidence du cancer du sein normalisé selon l'âge a augmenté de 25 % chez les Canadiennes entre 1973 et 1998, [2] tel que le démontre la figure 1. Il semble que cette augmentation se soit principalement fait sentir dans les premières années de cette période. La cause de l'augmentation n'est pas très bien comprise, bien que certains aient suggéré que cette augmentation soit partiellement attribuable à des changements dans les modèles génésiques. [3]

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institut canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Certaines hypothèses avancent qu'une partie de l'augmentation à la fin des années 1980 et au début des années 1990 serait attribuée à un nombre plus élevé de détections en raison de la mammographie de dépistage. [4] Toutefois, les taux semblent avoir atteint un palier depuis 1993, malgré l'utilisation accrue de la mammographie dans les années 1990. [5] On pouvait en quelque sorte s'attendre à ce ralentissement : le dépistage occasionne une augmentation des détections au cours de l'année où il a été introduit et, par conséquent, on observe une diminution des cancers du sein détectés au cours des années suivantes. La mesure dans laquelle ce facteur ou d'autres facteurs fonctionnent n'est pas bien comprise et nécessite davantage de surveillance.

La plupart des femmes sont conscientes du fait que le risque à vie de développer un cancer du sein est près de 1 sur 10; en 1998, le risque était d'environ 11,4 % ou 1 sur 9. [2] Toutefois, ceci dépend fortement de l'âge. Le risque au cours des 10 prochaines années pourrait représenter un chiffre plus raisonnable, [6] celui-ci augmentant avec l'âge (figure 2). Le risque ne chute qu'après l'âge de 80 ans, probablement parce que d'autres causes de décès l'emportent sur le cancer du sein à cet égard.

Quant à la mortalité, les nouvelles sont quelque peu meilleures : le taux de mortalité normalisé selon l'âge a chuté d'environ 15 % depuis 1973, cette amélioration ayant eu lieu principalement depuis 1990. [2] Toutefois, le cancer du sein demeure un grand contributeur au taux de mortalité au Canada et l'on s'attend à ce qu'environ 5 400 femmes décèdent de cette maladie en 2003. Bien que le cancer du sein soit la principale cause des décès à la suite d'un cancer et des années potentielles de vie perdues (APVP) pour toutes les causes au début de la dernière décennie, [7] il a désormais cédé sa place au cancer du poumon dans ces deux mesures. [2] Néanmoins, le cancer du sein est responsable de 94 000 APVP au Canada, ou 6,7 % de toutes les années de mortalité prématurées chez les Canadiennes.

La réduction des taux de mortalité n'a pas eu lieu en raison d'une diminution du nombre de cas du cancer du sein; il doit par conséquent refléter un meilleur taux de survie chez les personnes atteintes. On en a des preuves. Les données de l'Alberta indiquent des tendances temporelles vers une meilleure survie de 10 ans [8] (figure 3). Toutefois, même si l'on dispose de cette preuve, il est difficile de savoir si ces améliorations sont attribuées au dépistage (détecter les cancers à un stade plus précoce, et plus traitable) ou à de meilleurs traitements à certains ou tous les stades du cancer. [9]

Variations provinciales et territoriales

Au Canada, les taux de mortalité estimés pour 2002 varient de 22 décès par 100 000 femmes en Saskatchewan (âge normalisé — population canadienne de 1991) à 29 en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador. [2] Il existe des variations semblables dans les taux de survie relative à 5 ans normalisés selon l'âge (année de diagnostic : 1992), de 76 % à Terre-Neuve-et-Labrador jusqu'à 85 % en Colombie-Britannique. [10] On a suggéré que ces dernières variations pourraient refléter des différences dans l'utilisation de la mammographie dans l'ensemble du pays.

Groupes ethniques

Au Canada, on connaît mal les différences entre les différents groupes ethniques ou raciaux quant à l'incidence du cancer ou au taux de mortalité qui lui est lié, puisque les registres canadiens sur le cancer ne recueillent pas ce type d'information. On suggère que les taux sont plus faibles chez les Inuits, bien que l'on ait remarqué une tendance à la hausse dans les périodes de 1969 à 1973 et de 1984 à 1988. [11] D'autres recherches ou une surveillance plus approfondie s'avèrent nécessaires pour déterminer l'incidence du cancer sur les populations autochtones et immigrantes au Canada.

Données internationales

À l'échelle mondiale, on semble observer un certain mouvement vers la convergence des taux de mortalité liés au cancer du sein. Les taux sont plus élevés en Amérique du Nord et au nord de l'Europe que dans les pays moins industrialisés et asiatiques. [12] Toutefois, les taux sont en chute dans les pays industrialisés comme le Royaume Uni, les États-Unis, l'Allemagne et le Canada et augmentent au Japon. Ces différences semblent avoir des causes environnementales (plutôt que génétiques), puisque les migrants provenant de pays à faible risque et s'établissant au Canada et en Australie ont tendance à devenir plus à risque. [13] De récentes analyses américaines ont conclu à une diminution de la mortalité chez les femmes nées après 1948, bien que les raisons de cette diminution ne soient pas très bien comprises. [14]

Facteurs de risque du cancer du sein

Les facteurs de risque du cancer du sein les plus importants, ceux qui augmentent le risque d'une personne de développer cette maladie d'au moins quatre fois, comprennent l'âge et le pays de naissance, deux facteurs décrits plus tôt. [15] Les facteurs familiaux sont également importants, bien que pour atteindre ce niveau élevé de risque, une personne doit avoir une mère ainsi qu'une sœur atteintes du cancer du sein. Les mutations aux gènes BRCA1 ou BRCA2 constituent également un risque élevé, et feront l'objet d'une discussion ultérieure. Un autre facteur permettant d'atteindre ce niveau de risque est la présence de cellules épithéliales atypiques dans le fluide aspiré du mamelon, bien que les tests qui détectent ces cellules ne soient généralement utilisés que dans des contextes de recherche.

Facteurs hormonaux

Les facteurs hormonaux et génésiques ont depuis longtemps été liés au risque de cancer du sein. Les facteurs bien connus comprennent l'apparition des premières règles à un très jeune âge et la ménopause tardive, ou une première grossesse à terme tardive. La nulliparité, ou le fait de n'avoir jamais eu une grossesse à terme, augmente le risque de cancer du sein après l'âge de 40 ans (la plus grande majorité des cancers du sein surviennent après cet âge), bien que la grossesse puisse constituer un risque élevé de cancer avant l'âge de 40 ans. [15] Tous ces facteurs de risque sont relativement faibles sur une base individuelle, constituant un risque relatif de moins du double pour les femmes qui font partie de ces catégories comparativement aux autres femmes.

L'hormonothérapie s'avère un domaine controversé dans la documentation sur le cancer du sein. Avant la publication de l'étude randomisée et contrôlée *Women's Health Initiative* (WHI) en 2002, un regroupement de plusieurs analyses d'études observationnelles a permis de démontrer une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes subissant une hormonothérapie, et ce risque semble augmenter avec la durée d'utilisation. [16] Toutefois, on a pensé que les avantages possibles au niveau cardiovasculaire l'emporteraient sur l'augmentation de ce risque de cancer du sein. L'étude WHI a confirmé une augmentation du risque de cancer du sein d'environ 26 % sur 5,2 ans [17] à la suite d'une thérapie combinée œstrogène/progestine. Bien que ceci constitue une préoccupation, la principale conclusion de l'étude était le signalement d'une augmentation, plutôt que de la diminution prévue, des maladies coronariennes. Bien que ceci puisse avoir été occasionné en partie par l'âge des femmes au moment où elles ont été inscrites à l'étude, on était d'avis que le taux de risque global de ce médicament n'était pas acceptable et cette portion de l'étude a été arrêtée (seul le test avec œstrogène seulement est toujours en cours). Plusieurs organismes recommandent désormais l'hormonothérapie combinée uniquement pour le soulagement des symptômes au moment de la ménopause, et Santé Canada ne recommande pas son usage à long terme, sauf dans des cas exceptionnels. [18]

Alimentation et obésité

En raison des variations mondiales de l'incidence du cancer du sein, plusieurs études ont tenté d'établir un lien entre le risque et les variations dans l'alimentation. Malgré plusieurs années d'étude, nous disposons de peu de preuves concluantes sur le gras dans l'alimentation ou d'autres présumés facteurs de risque alimentaires.



L'obésité après la ménopause augmente le risque à un certain niveau. Si la tendance à l'obésité se poursuit au sein de la population, [19] ceci pourrait occasionner une augmentation graduelle des taux dans les années à venir. L'activité physique semble protéger contre les risques de cancer du sein, même si elle commence après la ménopause. [20] On a suggéré que l'alcool était un facteur de risque dans la plupart des études, [21] et certaines études des cohortes ont démontré une augmentation du risque de cancer du sein d'environ 30 % chez les consommateurs d'alcool. [22, 23] Toutefois, une utilisation modérée de celui-ci prévient d'autres maladies, comme le diabète sucré; les recommandations en santé publique qui doivent en être tirées ne sont donc pas claires.

Radiation

L'exposition à des niveaux élevés de rayonnement ionisant, particulièrement à un jeune âge, constitue un facteur de risque reconnu, bien que rare. [15] Les niveaux qui augmentent le risque sont élevés et souvent, ces types d'exposition ont déjà été abandonnés ou sévèrement défendus (p. ex., l'utilisation de la fluoroscopie pour la tuberculose, la radiothérapie pour l'acné ou le grossissement thymique, etc.).

Risque familial et génétique

Des antécédents familiaux de cancer du sein sont peut-être le facteur de risque le plus connu. Le regroupement récent de données provenant de 52 études épidémiologiques indique que les femmes, dont les parents de premier degré (mère, sœur ou fille) ne sont pas atteints de cette maladie, ont une probabilité de 7,8 % de développer le cancer du sein avant l'âge de 80 ans, alors que celles qui ont des antécédents de cancer du sein chez un parent de premier degré ont un risque de 13,3 %; [24] le risque augmente à 21,1 % pour celles qui ont deux parents de premier degré atteints. Toutefois, moins de 1 % des femmes atteintes de cancer du sein ont de fait des antécédents familiaux aussi importants. En réalité, 8 femmes sur 9 atteintes du cancer du sein n'ont pas de parent de premier degré atteint et la grande majorité des femmes avec des antécédents familiaux de cancer du sein ne développeront pas le cancer du sein. [24]

Malgré cela, il existe un petit groupe de femmes dont les antécédents familiaux ou les profils génétiques les placent à un risque considérablement élevé. Les gènes de prédisposition les mieux connus, BRCA1 et BRCA2, sont considérés comme ayant une fréquence combinée dans la population d'environ 1,2 par 1 000 femmes. [25] On s'attend à ce qu'environ 35 % des femmes avec un gène BRCA1 défectueux et 50 % de celles avec un gène BRCA2 défectueux développent un cancer du sein avant l'âge de 70 ans. [25] Ces femmes courent également un risque élevé de développer un cancer des ovaires, ce qui devrait être considéré dans toute stratégie de consultation ou de surveillance.

Interventions

Tests génétiques

Les femmes qui ont d'importants antécédents familiaux, où plus d'un parent de premier degré atteint, particulièrement si l'apparition de la maladie se fait à un jeune âge, peuvent être considérées pour recevoir des conseils génétiques et peut-être pour un test génétique familial. Les femmes ayant des antécédents familiaux surestiment souvent leur niveau de risque [26] et la consultation aide à avoir une perspective plus juste des risques et des avantages de ce type de test. Les femmes doivent comprendre qu'on ne peut pas lier tous les antécédents familiaux importants à des gènes défectueux uniques et il y a donc une possibilité que ces tests ne soient pas concluants pour certaines familles.

De plus, les étapes à suivre si un gène défectueux est décelé ne sont pas très claires. Bien que certains recommandent une mammographie de dépistage accru, d'autres suggèrent que les femmes qui ont des gènes de prédisposition au cancer du sein peuvent être plus sensibles à la radiation et mettent en doute la sagesse de cette stratégie. [27]

Au moment de la rédaction du présent document, une controverse plane. La disponibilité des tests génétiques pour les Canadiennes pourrait être limitée. [28] Certains gouvernements, y compris plusieurs en Europe, contestent l'octroi de brevets pour les gènes humains. [29] Plusieurs autres débats devront avoir lieu concernant les brevets génétiques, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale.

Modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques

Certaines études abordent maintenant les stratégies d'intervention possibles afin de diminuer le risque du cancer du sein chez les femmes dont le risque est actuellement très élevé. Le tamoxifène est une classe de médicaments que l'on connaît sous le nom de SERM ou modulateurs réceptifs des récepteurs œstrogéniques. Ce médicament a démontré pouvoir réduire les taux de cancer du sein (ainsi que les fractures, puisqu'il permet de prévenir l'ostéoporose) chez les femmes ayant des antécédents familiaux et d'autres facteurs de risque qui font en sorte qu'elles sont à risque élevé. [30] Toutefois, il n'y avait pas suffisamment de femmes dont les gènes BRCA1 et BRCA2 étaient défectueux dans cette étude pour conclure avec confiance son utilisation chez ce groupe de femmes. [31] Toutefois, des modèles mathématiques prédisent que les avantages seraient modestes, avec une réduction de 13 à 27 % du risque par rapport aux estimations actuelles. [32]

Malheureusement, le tamoxifène a également été associé à un risque accru de cancer de l'endomètre et de thrombose (caillot sanguin). Ceci a donné lieu à de nouveaux essais avec un autre SERM, le raloxifène. Les résultats d'une étude visant à observer les effets du raloxifène sur la prévention de l'ostéoporose ont démontré des résultats prometteurs quant à la réduction du cancer du sein, [33] avec des effets mineurs sur les taux de cancer de l'utérus. Le STAR (*Study of Tamoxifen and Raloxifene*) est actuellement en cours afin de comparer le tamoxifène et le raloxifène. [34]

Mastectomie

Une autre stratégie interventionnelle qui pourrait être considérée pour diminuer l'incidence du cancer du sein dans les cas à risque très élevé serait la mastectomie prophylactique. On a conclu que cette méthode permettait de réduire le risque de cancer du sein d'environ 90 %, [35] bien que des cas occasionnels de cancer du sein surviennent quand même. De toute évidence, les femmes ont besoin de renseignements détaillés sur les risques et avantages potentiels des stratégies chirurgicales ou de médecine préventive.

Dépistage

Depuis plus de 10 ans, on enseigne aux femmes canadiennes que le dépistage du cancer du sein comporte trois éléments : l'autoexamen des seins (AES), l'examen des seins en clinique et, pour certains groupes d'âge, la mammographie.

Mammographie

Le rapport d'un atelier international tenu par l'Institut national du cancer en 1993 s'est avéré l'un des exposés les plus influents de la dernière décennie. [36] Ce rapport a démontré que les mammographies routinières pour les femmes âgées de 50 à 69 ans ont réduit le cancer du sein d'environ un tiers. Toutefois, chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, on n'observe pas plus d'avantages pour cinq à sept ans de dépistage, et les avantages de 12 ans de suivi, le cas échéant, sont très minces. [36] Un autre groupe d'experts, réuni en 1997, n'a toujours pas trouvé de preuves suffisantes pour recommander le dépistage routinier des femmes dans la quarantaine. [37] Malgré cela, l'INC a choisi de recommander la mammographie routinière pour ce groupe d'âge. [38] Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a révisé la question en 2001 et n'a pas trouvé de preuves suffisantes pour recommander la mammographie de dépistage dans ce groupe d'âge. [39]



Comme les femmes dans la quarantaine doivent prendre une certaine décision face à ces recommandations conflictuelles, il est important de leur fournir des renseignements qui les aideront à prendre une décision avec laquelle elles seront à l'aise. Tout test de dépistage comporte certains risques, puisqu'il y a toujours une possibilité qu'un faux test positif donne lieu à des tests effractifs non nécessaires ou qu'un faux test négatif rassure inadéquatement une femme lorsqu'un cancer est présent. Pour les femmes dans la quarantaine, le risque d'un faux test positif sur une décennie de dépistage bisannuel est estimé à environ 30 % et d'environ 56 % pour 10 mammographies de dépistage au cours d'une même période. [40] La sensibilité de la mammographie est plus faible avant la ménopause (environ 78 % par rapport à 90 % chez les femmes de plus de 50 ans). [41] Or, il existe un risque de devoir subir des tests supplémentaires en raison de faux dépistages positifs, et il y a également près d'une chance sur quatre qu'un cancer présent ne soit pas détecté. Par ailleurs, il pourrait y avoir une faible réduction du taux de mortalité lié au cancer du sein après plusieurs années de suivi. Des aides à la décision qui appuieraient les femmes dans l'étude de ces informations pour les aider à prendre une décision personnelle s'avèrent nécessaires.

Au cours de la dernière année, le débat a pris une toute autre forme. Une nouvelle analyse publiée par *Lancet* en 2001 a suggéré que la mammographie ne s'avère pas avantageuse pour aucun groupe d'âge. [42] En raison de la controverse que cela a soulevé, le *U.S. Preventive Health Services Task Force*, l'Institut national du cancer et l'Organisation mondiale de la Santé ont révisé leurs recommandations et, en conclusion, ont confirmé les avantages de la mammographie de dépistage. [43-45]

Autoexamen des seins

Une autre procédure de dépistage, l'AES, a également été réétudiée au cours des dernières années. Une mise à jour récente a permis de démontrer qu'il n'y a aucune preuve d'avantages, et certaines preuves de risque, ce qui a donné lieu à la recommandation de ne pas conseiller ce type d'examen routinier. [46] À nouveau, cela a soulevé une controverse, puisque plusieurs femmes étaient d'avis qu'il s'agissait de la seule procédure qui leur était disponible avant d'avoir l'âge de subir des mammographies routinières ou entre les mammographies. Pour ces femmes qui décident activement d'utiliser l'AES après avoir discuté des risques et des avantages potentiels, il faut toujours considérer l'apport de ressources d'enseignement de haute qualité afin que la procédure puisse être la plus avantageuse possible.

Programmes de dépistage organisés

Au Canada, dès 1989, on recommandait que la mammographie de dépistage soit faite dans le contexte de programmes de dépistage organisés, [47] une suggestion qui a été réitérée lors du Forum national sur le cancer du sein en 1993, [1] où l'on a présenté les éléments nécessaires à un dépistage de haute qualité chez la population cible :

- des objectifs de rendement qui tiennent compte de la population visée;
- des renseignements sur la population ciblée;
- une attention particulière aux groupes isolés;
- une assurance minutieuse de la qualité, dont celle de l'équipement et de l'interprétation des résultats;
- des données sur les résultats et des analyses;
- des programmes orientés vers les femmes;
- des systèmes d'information et des réseaux de liaison;
- une poursuite de l'excellence au niveau de la coordination, du diagnostic et du suivi.

Entre 1988 et 1991, cinq provinces et un territoire ont inauguré des programmes; ceux-ci sont désormais en place dans les 10 provinces et les 2 territoires. [48] On a relevé des preuves que les provinces et les territoires qui ont amorcé des programmes de dépistage tôt étaient plus efficaces à atteindre la population cible. [49] Les programmes présentent un rapport sur leurs résultats à l'échelle nationale et démontrent un niveau élevé de conformité aux normes internationales relatives au taux de détection du cancer, au taux de recommandation et à d'autres indicateurs de la qualité. [48]

Un des déterminants de la qualité pour le dépistage est le nombre minimum recommandé de lecture qui est de 3 000 films par radiologiste par année, [50] une norme appuyée par la preuve que les lecteurs de volume élevé (plus de 5 000 mammographies par année) ont démontré une sensibilité considérablement plus élevée que ceux qui lisaient moins de 3 600 films par année. [51] Ceci a été atteint sans recommander plus de femmes pour des tests non nécessaires. Dans le cadre des programmes, on procède à de nombreux dépistages et l'évaluation des résultats est effectuée de façon routinière.

Malheureusement, dans la plupart des provinces et territoires, la majorité des femmes ne reçoivent pas le dépistage par l'entremise de ces programmes organisés [48] (figure 4), et la plupart des mammographies de dépistage au pays ne produisent pas de rapport sur les résultats en matière de qualité. En dehors de ces programmes, le nombre minimum de mammographies requis pour atteindre l'accréditation n'est que de 480 par année, ce qui est bien en deçà du nombre recommandé pour un dépistage de haute qualité. Ceci constitue un problème de nature politique qui devra être résolu si nous voulons maximiser les bénéfices de la mammographie de dépistage.

Une autre mesure de la qualité est le temps écoulé entre les dépistages et le diagnostic. Les études récentes ont démontré des délais moyens d'environ 3,7 semaines entre le dépistage et le diagnostic au Canada, ces délais augmentant à 6,9 semaines si une biopsie est nécessaire. [52] Des objectifs ont été fixés dans le cadre des programmes pour minimiser ce délai.

Il existe toujours des différences dans la capacité des programmes organisés à atteindre certaines femmes pour le dépistage. L'Enquête sur la santé de la population canadienne de 1996-1997 a démontré que seulement 29 % des femmes de Terre-Neuve-et-Labrador âgées entre 50 et 69 ans ont affirmé avoir subi des mammographies de dépistage au cours des deux dernières années, comparativement à 59 % en Ontario et à 60 % au Nouveau-Brunswick [51] (figure 5). L'utilisation de la mammographie est directement liée au niveau d'études et au revenu, un nombre moindre de mammographies étant signalées par les femmes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ou qui ont un faible revenu élevé. [53]

Traitement

Les variations régionales ou provinciales dans le traitement et l'accès à la radiothérapie ont été décelées. [54, 55] On espère que les lignes directrices de pratique en clinique, élaborées dans le cadre de l'initiative nationale de dépistage du cancer du sein, [56] permettront d'assurer que des normes communes de traitement soient en place dans l'ensemble du pays. Il est également nécessaire de s'assurer que les lignes directrices, une fois disponibles, se traduisent en pratique.



Discussion

Limites des données

Les données ci-incluses représentent des données de haute qualité axées sur la population tirées de plusieurs sources. Toutefois, la surveillance au Canada pourrait être améliorée par de nombreuses initiatives. D'abord, il n'existe pas de données d'accès facile sur les stades du cancer dans l'ensemble du pays, puisque les stades ne sont pas recueillis de façon routinière dans les registres sur le cancer; ceci pourrait s'avérer précieux pour interpréter les différences quant au lieu et au moment du diagnostic ou au taux de survie spécifique au stade. De plus, il n'existe aucun renseignement particulier sur les Autochtones ou les autres groupes, puisque les registres canadiens ne recueillent pas l'information sur l'origine ethnique. En dernier lieu, alors que l'Enquête nationale sur la santé de la population et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes offrent d'excellentes données autodéclarées sur le dépistage, de meilleures données provenant des dépisteurs en plus des données présentées par les programmes de dépistage nous permettraient d'obtenir des renseignements plus précis sur la prévalence et les résultats du dépistage dans l'ensemble du pays.

Répercussions de nature politique et recommandations

Il existe plusieurs domaines, particulièrement dans le dépistage, où les lignes directrices ne sont pas précises et où il s'avère nécessaire d'élaborer des façons de faire participant pleinement les femmes à un processus décisionnel éclairé. Plusieurs questions de nature politique doivent être abordées afin d'éviter les écarts dans l'accès à des services de qualité :

- Il faudrait éclaircir les questions concernant le brevet des tests génétiques et par conséquent la disponibilité de ces tests pour les femmes dont les antécédents démontrent des risques élevés;
- Il devrait y avoir un leadership visant à assurer que tout le dépistage se produise dans le contexte de programmes coordonnés et de haute qualité;
- Il faudrait mettre en place les composantes clés des programmes de dépistage organisés, définies il y a de cela plus de 10 ans, devraient;
- Lorsque l'on connaîtra les lignes directrices cliniques, les services de santé devront procéder à une recherche ou à une surveillance continues par l'entremise des organismes provinciaux sur le cancer afin d'évaluer les niveaux de conformité aux lignes directrices et pour assurer l'équité d'accès à l'intérieur des provinces.

Si l'on accorde une attention à ces questions, nous pouvons espérer minimiser les taux de cancer du sein au Canada et réduire davantage le fardeau chez plus de 20 000 femmes qui développeront cette maladie au Canada cette année.

Références

1. Health Canada. *Report on the National Forum on Breast Cancer*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1994.
2. National Cancer Institute of Canada. *Canadian cancer statistics 2002*. Toronto: NCIC, 2002.
3. Gaudette LA, Silberberger C, Altmayer CA, Gao R. Trends in breast cancer incidence and mortality. *Health Rep* 1996;8:29-38.
4. Gaudette LA, Altmayer CA, Nobrega KMP, Lee J. Trends in mammography utilization, 1981–1994. *Health Rep* 1996;8:17-28.
5. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Mammograms and breast examinations. In: *Statistical report on the health of Canadians*. Ottawa: Health Canada, 1999: 82-6.
6. Bryant HE, Brasher PMA. Risks and probabilities of breast cancer: short-term versus lifetime probabilities. *Can Med Assoc J* 1994;150:211-6.
7. Wilkins K. Causes of death: how the sexes differ. *Health Rep* 1995;7:33-44.
8. Bryant H, Murphy E, Fayers C, Argyle N. *A snapshot of cancer in Alberta 2001*. Alberta Cancer Board Division of Epidemiology, Prevention and Screening.
9. Reynolds T. Declining breast cancer mortality: What's behind it? *J Natl Cancer Inst* 1999;91:750-3.
10. Ellison LF, Gibbons L, and the Canadian Cancer Survival Analysis Group. Five year relative survival from prostate, breast, colorectal and lung cancer. *Health Rep* 2001;13:23-34.
11. Miller AB, Gaudette LA. Breast cancer in circumpolar Inuit 1969–1988. *Acta Oncol* 1996;35:577-80.
12. Mettlin C. Global breast cancer mortality statistics. *CA Cancer J Clin* 1999;49:138-44.
13. Kliewer EV, Smith KR. Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:1154-61.
14. Tarone RE, Chu KC. Age-period-cohort analyses of breast-, ovarian-, endometrial- and cervical-cancer mortality rates for Caucasian women in the USA. *J Epidemiol Biostat* 2000;5(4):221-31.
15. Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public Health* 1996;17:47-67.
16. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiologic studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet* 1997;350:1047-59.
17. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy post-menopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
18. Health Canada. *It's your health: benefits and risks of combined (estrogen and progestin) hormone replacement therapy*. URL: www.hc-sc.gc.ca/english/iyh/medical/estrogen.html (April 8, 2003).
19. Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic, 1985–1998. *Can Med Assoc J* 2002;166:1039-40.
20. Friedenreich CM, Courneya KS, Bryant HE. Influence of physical activity in different age and life periods on the risk of breast cancer. *Epidemiology* 2001;12:604-12.
21. Singletary KW, Gapstur SM. Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *JAMA* 2001;286:2143-51.

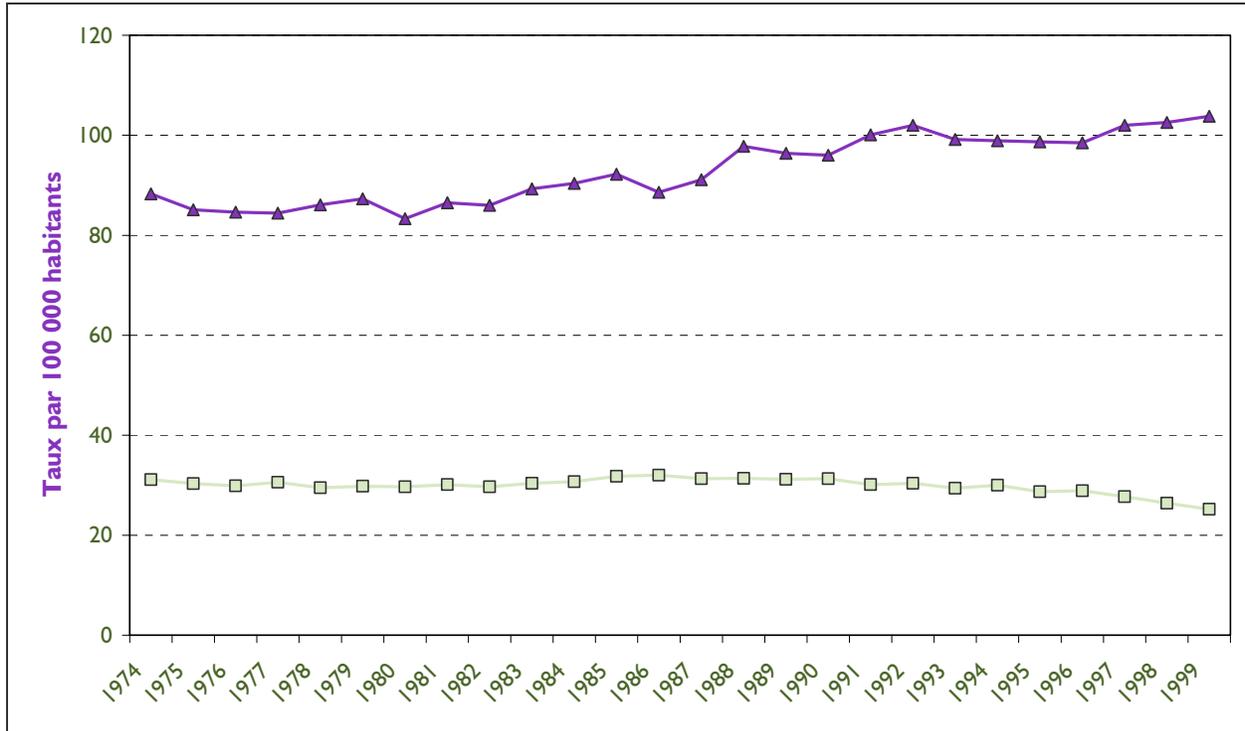


22. Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA et al. Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1987;316:1174-80.
23. Terry P, Suzuki R, Hu FB, Wolk A. A prospective study of major dietary patterns and the risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001;10:1281-5.
24. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of data from 52 epidemiologic studies of 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet* 2001;358:1389-99.
25. Antoniou AC, Pharaoh PD, McMullan G et al. A comprehensive model for familial breast cancer incorporating BRCA1, BRCA2 and other genes. *Br J Cancer* 2002;86:76-83.
26. Kash KM, Holland JC, Osborne MP, Miller DG. Psychological counseling strategies for women at risk of breast cancer. *J Nat Cancer Inst* 1995;17:73-9.
27. Friedenson B. Is mammography indicated for women with defective BRCA genes? Implications of recent scientific advances for the diagnosis, treatment, and prevention of hereditary breast cancer. *Med Gen Med* 2000;E9.
28. White J. Why women deserve new gene patent laws. *Globe and Mail* March 15, 2002, page A15.
29. Wadman M. Europe's patent rebellion. *Fortune* October 2001, accessed by Internet April 2002.
30. Fisher B, Constantino JP, Wickerham DL et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Nat Cancer Inst* 1998;90:1371-88.
31. King MC, Wieand S, Hale K et al. Tamoxifen and breast cancer incidence among women with inherited mutations in BRCA1 and BRCA2: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP-P1) Breast Cancer Prevention Trials.
32. Duffy SW, Nixon RM. Estimates of the likely prophylactic effect of tamoxifen in women with high risk BRCA1 and BRCA2 mutations. *Br J Cancer* 2002;86:218-21.
33. Cummings SR, Eckert S, Krueger KA et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation. *JAMA* 1999;281:2189-97.
34. Lippman SM, Lee JJ, Sabichi AL et al. Cancer chemoprevention: progress and promise. *J Natl Cancer Inst* 1998;90:1514-28.
35. Hartmann LC, Sellers TA, Schaid DJ et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in BRCA1 and BRCA2 gene mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:1633-7.
36. Fletcher SW, Black W, Harris R, Rimer BK, Shapiro S. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:1644-56.
37. Breast cancer screening for women aged 40-49. *NIH Consensus Statement* 1997 Jan 21-23;15(1):1-35.
38. Fletcher SW. Whither scientific deliberation in health policy recommendations? Alice in the Wonderland of breast cancer screening. *N Engl J Med* 1997;336:1180-3.
39. Ringash J, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 at average risk of breast cancer. *Can Med Assoc J* 2001;164:469-76.

40. Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med* 1998;338:1089-96.
41. Kerlikowske K, Barclay J. Outcomes of modern screening mammography. *J Natl Cancer Inst Monographs* 1997;22:105-12.
42. Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-2.
43. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for breast cancer*. January 2002, accessed at Web site, April 2002.
44. National Institutes of Health. *NCI statement on mammography screening*. Updated February 21, 2002; accessed April 2002 at NCI Web site, <http://www.cancer.gov/newscenter/mammstatement31jan02>
45. Kmiotowicz Z. WHO insists screening can cut breast cancer rates. *BMJ* 2002;324:695.
46. Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001;164:1837-46.
47. The Workshop Group. Reducing deaths from breast cancer in Canada. *Can Med Assoc J* 1989;141:199-201.
48. Health Canada. *Organized breast cancer screening programs in Canada; 1997 and 1998 report*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, 2001.
49. De Grasse C, O'Connor AM, Boulet J, Edwards N, Bryant H, Breithaupt K. Changes in Canadian women's mammography rates since the implementation of mass screening programs. *Am J Public Health* 1999;June 89:927-9.
50. Health Canada. *Quality determinants of organized breast cancer screening programs. Report from the National Committee of the Canadian Breast Cancer Screening Initiative*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, 1997.
51. The Federal, Provincial, and Territorial Committee on Population Health. *Toward a healthy future; second report on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, 1999.
52. Olivotto IA, Bancej C, Goel V et al. Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *Can Med Assoc J* 2001;165:277-83.
53. Federal, Provincial, and Territorial Committee on Population Health. *Statistical report on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, 1999.
54. 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;156:25-35.
55. Paszat LF, Mackillop WJ, Groome PA, Zhang-Salomons J, Schulze K, Holowaty E. Radiotherapy for breast cancer in Ontario: rate variation associated with region, rate, and outcome. *Clin Invest Med* 1998;21:125-34.
56. Pritchard KI, Khan H, Levine M, for the Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. *Can Med Assoc J* 2002;166:1017-22. (Most recent publication of this group; other publications can be found using Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer)

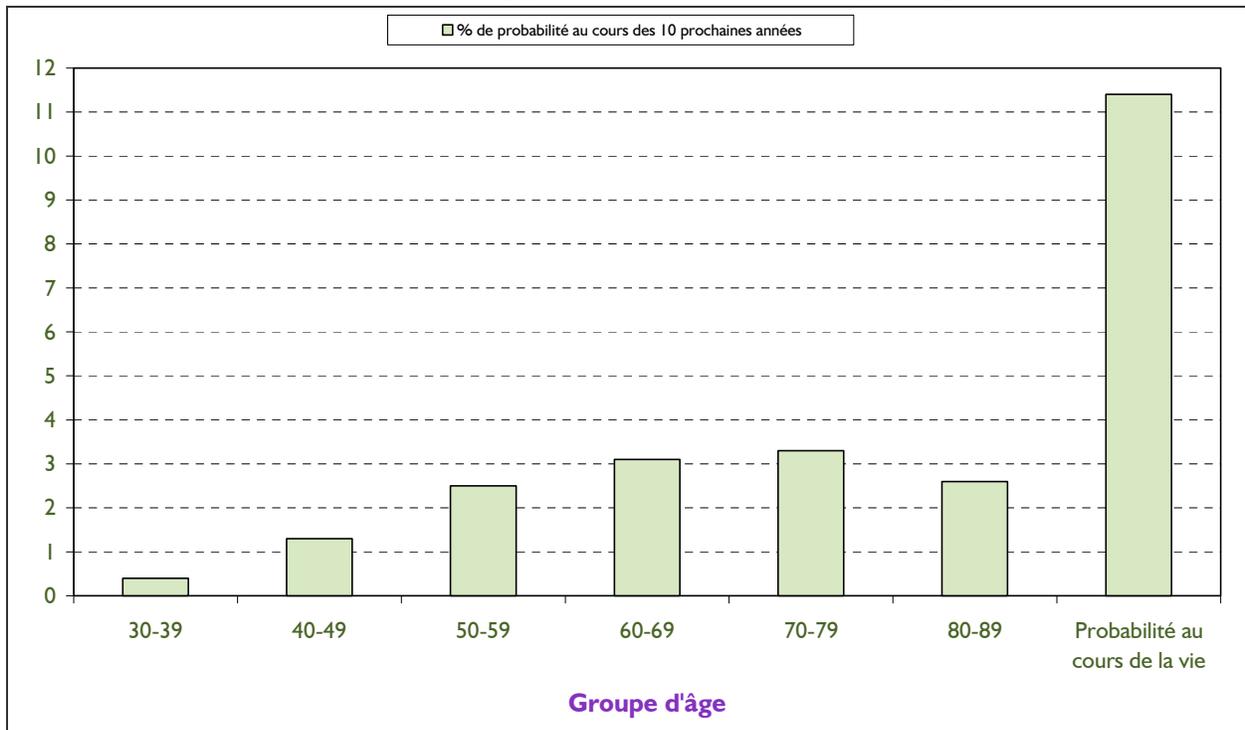


Figure 1 : Incidence et taux de mortalité normalisé selon l'âge chez les femmes, au Canada, de 1974 à 1999



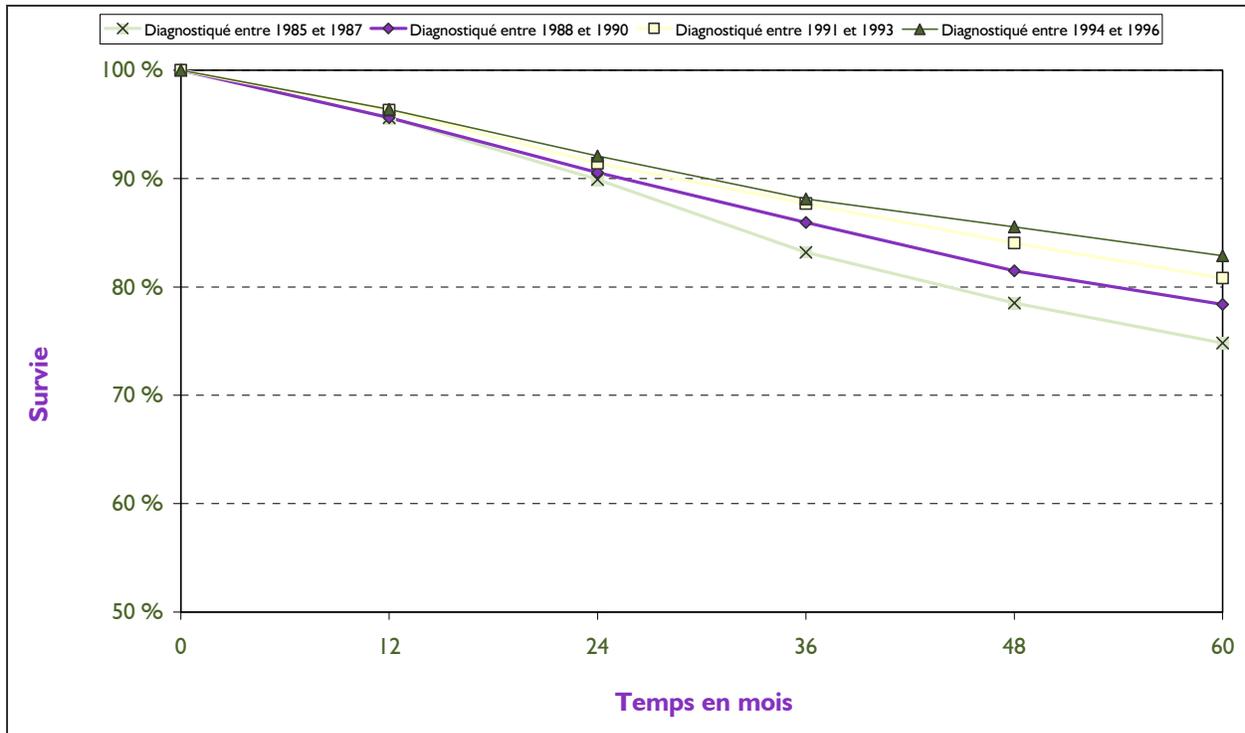
Source : Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadienne sur le cancer 2003*. Toronto, Canada, 2003

Figure 2 : Probabilité de développer un cancer du sein par âge



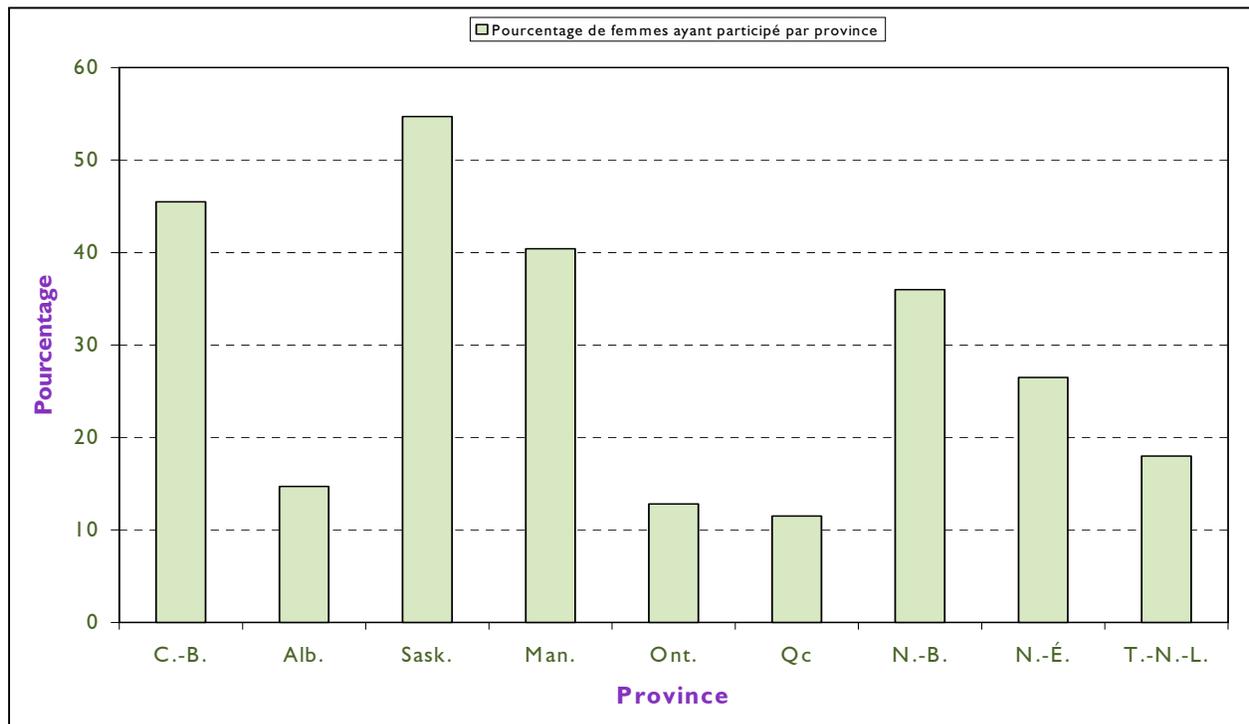
Source : Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadienne sur le cancer 2003*. Toronto, Canada, 2003

Figure 3 :



Source : Alberta Cancer Board, A Snapshot of Cancer in Alberta 2001. Calgary, Alberta

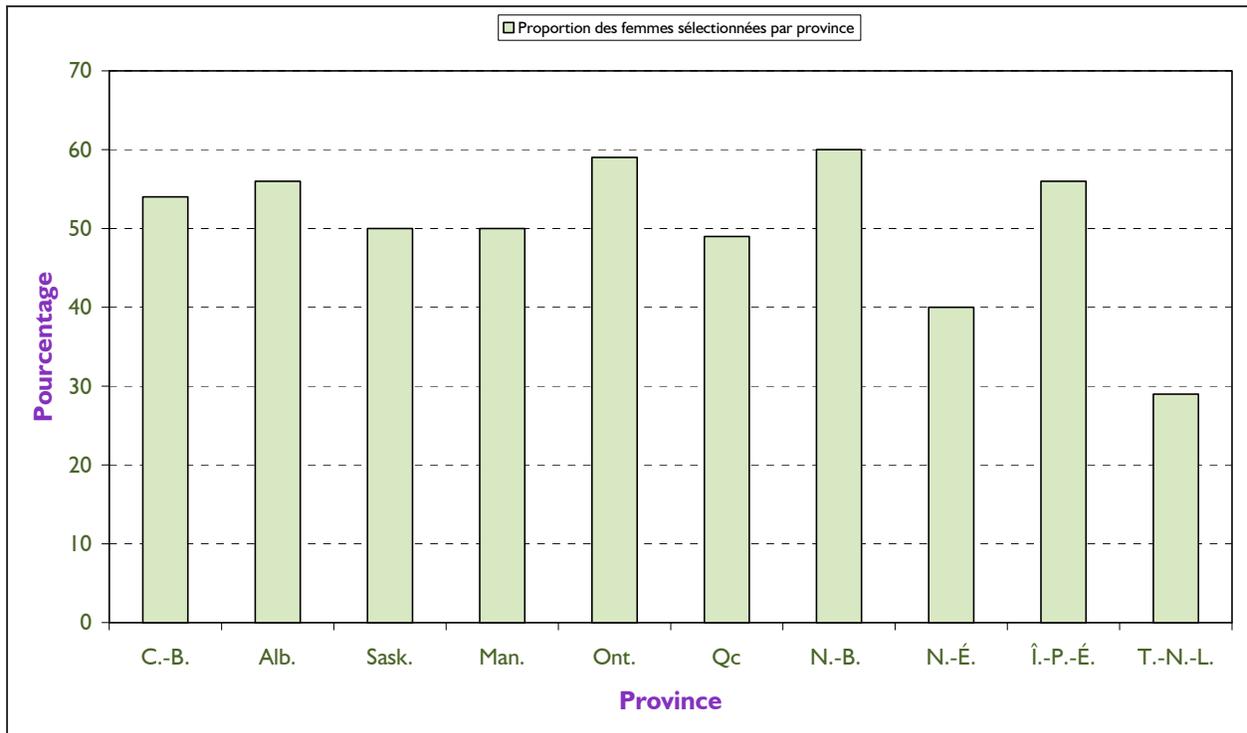
Figure 4 : Proportion des femmes âgées entre 50 et 69 ans ayant participé aux programmes provinciaux de dépistage pour le cancer du sein, 1997-1998



Source : Travaux publics et services gouvernementaux Canada, 2001. N° de catalogue : HI-9/13-1998. ISBN 0-662065807-8



Figure 5 : Proportion des femmes âgées entre 50 et 69 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années, 1996-1997



Source : Statistique Canada. L'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997