

Le cancer du sein est le cancer dont l'incidence est la plus élevée chez les femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE, et représente la deuxième cause de décès par cancer la plus fréquente chez les femmes (voir l'indicateur « Incidence du cancer et mortalité » au chapitre 3).

Sur la période 2010-14, une moyenne de 51,5 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont été diagnostiquées à un stade précoce de la maladie dans les pays de l'OCDE, contre 8,6 % à un stade avancé (Graphique 6.28). Les pays qui enregistrent une forte proportion de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à un stade précoce (les États-Unis et le Japon, par exemple) affichent corrélativement une faible proportion de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à un stade avancé. Depuis les années 80, la plupart des pays de l'OCDE ont adopté des programmes de dépistage du cancer du sein, qui constituent un moyen efficace de détecter la maladie à un stade précoce (OCDE, 2013<sup>[1]</sup>). Cette initiative a contribué à accroître les proportions de femmes chez qui un cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le taux net de survie à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer du sein s'est amélioré ces dernières années, ce qui traduit une amélioration générale de la qualité de la prise en charge du cancer (Allemani et al., 2018<sup>[2]</sup>). Dans tous les pays de l'OCDE, pour les femmes diagnostiquées à un stade précoce ou localisé, la probabilité cumulée de survie à au moins cinq ans est de 90 % et la variation à l'échelle internationale des estimations du taux de survie est faible (Graphique 6.29). Cependant, le taux de survie net des femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé reste faible et varie fortement, d'environ 30 % en Autriche et en Lituanie à plus de 50 % en Israël et en Finlande.

Dans les pays de l'OCDE, les patientes et les prestataires de soins motivés s'aident de plus en plus des mesures des résultats déclarés par les patientes (PROM) atteintes d'un cancer du sein pour prendre des décisions difficiles sur le plan clinique. Le Graphique 6.30 illustre les résultats bruts à 6-12 mois après une chirurgie mammaire (chirurgie conservatrice du sein –CCS– et reconstruction mammaire) pour 11 sites cliniques de huit pays. Les résultats ont été mesurés au moyen des échelles « satisfaction des patientes de leurs seins après l'intervention » du questionnaire BREAST-Q, un instrument validé à l'échelle internationale permettant de mesurer les résultats déclarés par les patientes ayant subi une chirurgie mammaire (Pusic et al., 2009<sup>[3]</sup>). D'autres résultats et analyses à propos de cette mesure sont présentés au chapitre 2).

Le Graphique 6.31 illustre la proportion de femmes ayant subi une chirurgie de reconstruction mammaire par la pose d'un implant et par lambeau dans l'échantillon de chaque site. Les scores bruts consolidés des sites participants indiquent que les femmes sont environ 6 % (6 points de pourcentage) plus nombreuses à être satisfaites de leurs seins après une reconstruction par lambeau qu'après une reconstruction par la pose d'un implant (graphique 2.9 au chapitre 2). Ce résultat concorde avec les données existantes (Matros et al., 2015<sup>[4]</sup>) et peut se révéler un facteur important à prendre à compte si le choix de l'intervention chirurgicale est possible.

Les résultats de ces PROM ne sont pas représentatifs pour chaque pays mais montrent la capacité de communication de ce type de mesures sur le plan international. Certains pays de l'OCDE intensifient actuellement leurs efforts pour mesurer les PROM en ce qui concerne le cancer du sein étant donné que leur utilité est désormais appréciée à sa juste valeur. Ainsi, au Pays-Bas, le cancer du sein a été défini comme un domaine prioritaire possible dans le cadre de l'effort actuellement déployé au niveau national pour mesurer systématiquement les PROM.

## Définition et comparabilité

Le stade du cancer du sein au moment du diagnostic est établi selon le système de classification des tumeurs, des ganglions et des métastases (TNM). Dans l'analyse, les « stades précoce et localisé » correspondent aux tumeurs sans envahissement des ganglions lymphatiques ni métastases (cotes T1-3, N0, M0), le stade intermédiaire aux tumeurs avec envahissement des ganglions lymphatiques mais sans métastases (cotes T1-3, N1-3, M0), et le stade avancé aux tumeurs importantes avec ulcération ou envahissement de la paroi thoracique, et aux tumeurs ayant métastasé dans d'autres organes (cotes T4, N, M0 ou M1).

Le taux de survie net à cinq ans correspond à la probabilité cumulée que les patientes atteintes de cancer vivent pendant cinq ans après le diagnostic si le cancer est la seule cause possible de décès. L'approche par période permet d'estimer le taux de survie à cinq ans lorsqu'on ne dispose pas de cinq années pour effectuer le suivi. Les estimations du taux de survie net sont standardisées suivant l'âge avec les normes de l'*International Cancer Survival Standard*.

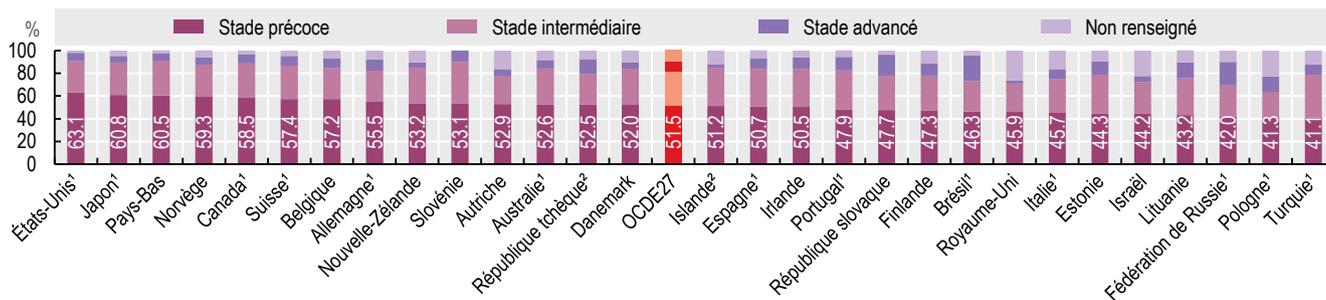
Les données sur les patients atteints d'un cancer proviennent de registres nationaux ou régionaux sur cette maladie. Le contrôle de la qualité et l'analyse de la répartition des stades et du taux de survie net à cinq ans après standardisation par l'âge ont été effectués de façon centralisée dans le cadre de CONCORD, le programme mondial de surveillance du taux de survie au cancer, dirigé par la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Allemani et al., 2018<sup>[2]</sup>).

Voir l'encadré 2.3 au chapitre 2 pour de plus amples informations sur l'échelle de satisfaction du questionnaire BREAST-Q utilisée pour mesurer les PROM en ce qui concerne le cancer du sein. Les données sont seulement présentées pour une sélection de sites et ne sont pas représentatives pour chaque pays. Les mesures s'étendent au-delà de 12 mois après l'intervention chirurgicale pour les sites implantés en Suède et en Suisse.

## Références

- [2] Allemani, C. et al. (2018), « Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries », *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)33326-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3).
- [4] Matros, E. et al. (2015), « Cost-Effectiveness Analysis of Implants versus Autologous Perforator Flaps Using the BREAST-Q », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 135/4, pp. 937-946, <http://dx.doi.org/10.1097/prs.0000000000001134>.
- [1] OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- [3] Pusic, A. et al. (2009), « Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 124/2, pp. 345-353, <http://dx.doi.org/10.1097/prs.0b013e3181aee807>.

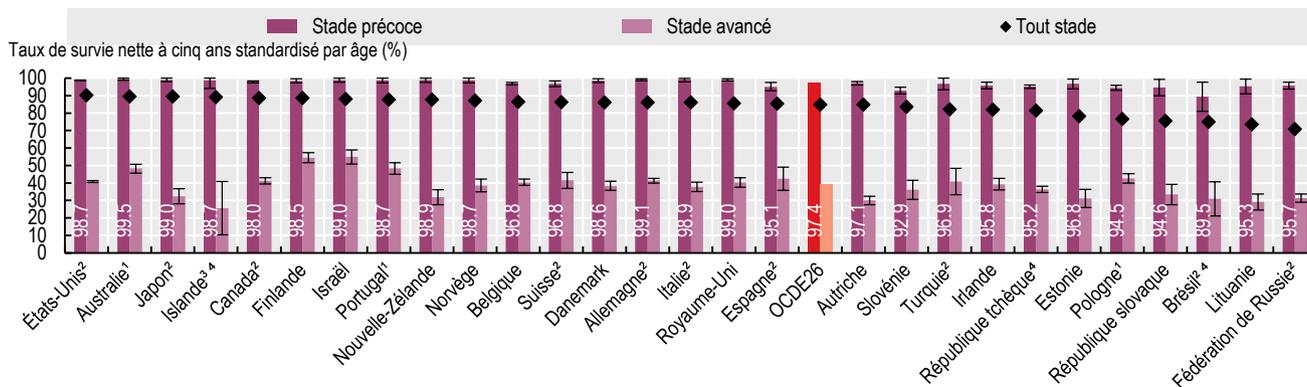
Graphique 6.28. Répartition des stades de cancer du sein, 2010-14



1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Données pour 2004-09.  
Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068990>

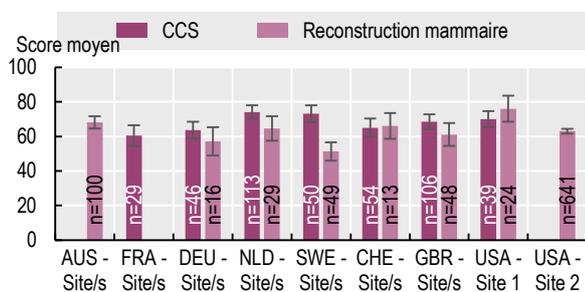
Graphique 6.29. Cancer du sein : taux de survie net à cinq ans selon le stade d'évolution au moment du diagnostic, 2010-14



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. La couverture est inférieure à 100 % de la population nationale pour les estimations du taux de survie à chaque stade. 2. La couverture est inférieure à 100 % de la population nationale. 3. Les estimations du taux de survie à un stade avancé ne sont pas standardisées par l'âge. 4. Données pour 2004-09.  
Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934069009>

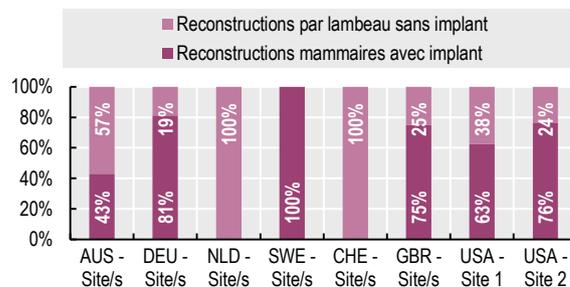
Graphique 6.30. Satisfaction autodéclarée après une chirurgie mammaire : scores bruts 6 à 12 mois après l'intervention, 2017-18 (ou année la plus proche)



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les données à la base de l'histogramme désignent la taille de l'échantillon sur chaque site.  
Source : Collecte de données pilote PROM sur le cancer du sein (PARIS, 2019).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934069028>

Graphique 6.31. Type de chirurgie de reconstruction mammaire, en proportion du total, 2017-18 (ou année la plus proche)



Source : Collecte de données pilote PROM sur le cancer du sein (PARIS, 2019).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934069047>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2019**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2019), « Cancer du sein », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/64820746-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :  
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.