



RECOURS À LA MAMMOGRAPHIE DES FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS DE MONTRÉAL ET AUTRES VILLES CANADIENNES





RECOURS À LA MAMMOGRAPHIE DES FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS DE MONTRÉAL ET AUTRES VILLES CANADIENNES

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Rédaction

Costas Kapetanakis

Recherche

Costas Kapetanakis
Garbis Meshefedjian

Collaboration

Raynald Pineault
Lynda Thibeault
Diane Ouellet
Anne Landry
Karima Rebbah-Hanafi

Édition et mise en page

Isabelle Rioux
Claudette L'écuyer
Anne Théorêt

Organismes et partenaires consultés

Statistique Canada
Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales :
Danielle Forest, Élise F. Comoé

Notes

Ce document est disponible en ligne www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications.

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-350-7 (en ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec, 2014

***À la mémoire
de ma mère Anna, de Louise et de May***

RÉSUMÉ

Objectifs

Ce rapport explore le recours à la mammographie des femmes âgées de 50 à 69 ans au cours de leur vie ainsi qu'au cours des deux dernières années, autant pour l'ensemble du Canada que pour le Québec et les régions de Montréal, Toronto et Vancouver. Nous y analysons, entre autres, l'évolution de leur prévalence, des motifs du recours durant la vie ou des raisons de ne pas y avoir recours à l'intérieur des deux dernières années. Pour l'année la plus récente (2008), nous nous intéressons aux facteurs qui leur sont associés, notamment l'accès à un médecin de famille, la visite à un médecin au cours des douze derniers mois, et quelques facteurs sociodémographiques (âge, état civil, scolarité, revenu, pays de naissance et certaines habitudes de vie).

Source des données

Les données sont tirées des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisées en 2001, 2003, 2005 et 2008.

Techniques d'analyse

Nous avons eu recours à des répartitions pondérées de fréquence et des tableaux croisés pour évaluer l'ampleur des phénomènes à l'étude et à des régressions logistiques (binomiales ou multinomiales) pour déterminer leurs facteurs associés.

Principaux résultats

a. Prévalence et motifs du recours à la mammographie

La proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie au cours de leur vie a augmenté légèrement dans l'ensemble du Canada, mais elle est restée pratiquement stable dans tous les autres territoires (Québec et les régions de Montréal, Toronto et Vancouver). À la fin de la période à l'étude (2008) neuf femmes sur dix s'étaient prévaluées de cet examen au moins une fois dans leur vie.

Par ailleurs, environ trois femmes sur quatre ont eu une mammographie au cours des deux dernières années quelle qu'en soit la raison.

L'examen régulier vient en tête de liste des motifs cités par les femmes pour avoir passé une mammographie au cours de leur vie (dans une proportion d'environ 70 %). Suivent de loin l'âge et un historique familial de cancer du sein.

La proportion des femmes qui passe une mammographie de dépistage tous les deux ans n'a pas encore atteint l'objectif des programmes de dépistage, soit 70 %. L'écart à combler varie selon le territoire. Dans le scénario le plus favorable, il fluctue entre 1 % (région de Vancouver) et 10 % (région de Montréal), mais dans le scénario le moins favorable, il oscille entre 10 % (région de Toronto) et 25 % (région de Montréal).

Les femmes qui n'ont pas suivi les consignes canadiennes ont cité comme principales raisons qu'elles ne croyaient pas nécessaire de passer une mammographie au cours des deux dernières années ou qu'elles n'avaient pas eu le temps de le faire. Par ailleurs, l'opinion du médecin à cet égard avait influencé une bonne proportion des femmes réfractaires (entre 13 % et 16 %). La peur et dans une moindre mesure l'accès aux services complètent les principales raisons de ne pas avoir passé une mammographie dans le délai recommandé.

b. Facteurs associés au recours à la mammographie

Médecin de famille ou régulier et visites médicales

L'importance d'avoir un médecin de famille et le recours récent à un médecin (les 12 mois précédant l'enquête) représentent le résultat le plus « constant » de notre étude, qu'il s'agisse de la mammographie déjà passée, de la mammographie récente ou celle dans le cadre d'un examen régulier; l'absence d'un médecin de famille ou d'une visite médicale récente diminue les chances de recours à une mammographie. Le fait d'avoir visité un omnipraticien l'année précédant l'entrevue accroît les chances de passer une mammographie, mais l'effet est davantage renforcé si les femmes ont un médecin de famille, les chances étant alors quintuplées (tableaux 12, 13 et 14).

Âge

C'est déjà reconnu que l'âge représente l'un des facteurs majeurs de risque de développer un cancer du sein, notamment à partir de 50 ans. Nos données révèlent qu'en 2008 la décision de subir un test de mammographie dépendait effectivement de l'âge. Toutefois, cette association n'est due qu'à un faible taux de mammographie chez les femmes de 50 ans. Après cet âge, les taux deviennent comparables. Pour ce qui est de la mammographie au cours des deux dernières années, chez les femmes qui en ont déjà passé une, elle n'est pas reliée à l'âge. Toutefois, l'âge se révèle un facteur important lors des analyses qui comparent le recours récent dans le cadre d'un examen de dépistage à l'absence de recours à la mammographie.

État civil

Les femmes célibataires sont proportionnellement moins nombreuses à avoir passé une mammographie au cours de leur vie et aussi moins susceptibles d'avoir une mammographie de dépistage à l'intérieur des deux dernières années. Il s'agit toutefois de constats issus d'analyses bivariées seulement et ils ne sont plus appuyés par les analyses multivariées.

Scolarité

Toutes proportions gardées, les femmes le moins scolarisées sont moins nombreuses à avoir passé une mammographie durant leur vie et aussi moins enclines à avoir une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années. Comme pour l'état civil, il s'agit de résultats issus d'analyses bivariées qui perdent leur importance lors des analyses multivariées. L'effet de scolarité est en fait absorbé par le revenu.

Revenu

Les femmes les mieux nanties (quintiles de revenu supérieurs au premier équivalent au revenu faible) sont plus enclines à passer une mammographie, peu importe le motif, et ce, dans le délai préconisé par la Société canadienne du cancer.

Habitudes de vie

Les fumeuses actuelles (régulières ou occasionnelles) sont moins susceptibles de recourir à la mammographie et de respecter les lignes directrices canadiennes en la matière (examen de dépistage à tous les deux ans, à partir de l'âge de 50 ans).

Le recours à la mammographie est aussi associé positivement au recours au test PAP que ce dernier ait eu lieu durant les trois dernières années ou non.

c. Femmes croyant que le recours à la mammographie de dépistage aux deux ans n'est pas nécessaire

Les femmes célibataires ou originaires d'ailleurs qu'en Europe ou qu'en Amérique du Nord, sans aucun stress quotidien ou atteintes de cancer, sont plus réfractaires à l'examen de mammographie.

Enfin, les résultats de cette étude sont conformes à ceux observés ailleurs.

Remarques finales

Ce rapport offre l'occasion de compléter les données des programmes de dépistage du cancer du sein tenues par les provinces. Il met en relief l'importance de plusieurs facteurs associés au recours à la mammographie de dépistage. À ce titre, les résultats présentés peuvent enrichir le système de surveillance provincial en santé publique et aider les décideurs et planificateurs compétents en la matière à mieux cibler et planifier leurs actions au profit des femmes les plus vulnérables.

Enfin, le tableau synthèse suivant récapitule les principaux résultats de cette étude portant sur la région de Montréal. Il permettra aux décideurs et planificateurs locaux d'avoir un aperçu de l'évolution du recours à la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, peu importe qu'elles soient inscrites ou non au système d'information de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Tableau synthèse pour la région de Montréal

Indicateur	2001	2003	2005	2008	Remarque / référence
Mammographie au cours de la vie					
Femmes de 35 à 49 ans	48,0	50,7	44,8	41,1	Tableau 1
Femmes de 50 à 69 ans	88,5	86,7	90,6	85,4	Tableau 1
Femmes de 70 ans et plus	72,9	80,1	83,5	89,6	Tableau 1
Raisons d'avoir passé une mammographie au cours de la vie					Femmes de 50 à 69 ans
Examen régulier	81,7	69,1	67,5	66,2	Tableau 2
Âge	...	19,2	20,5	21,5	Tableau 2
Histoire familiale	5,5	9,3	6,4	9,3	Tableau 2
Activités de dépistage (regroupement de 4 raisons)	87,8	82,8	82,1	85,8	Tableau 2
Prévalences (mammographies au cours de la vie)					Femmes de 50 à 69 ans
Mammographie au cours de la vie pour un examen régulier/dépistage	71,7	59,9	61,1	56,5	Tableau 3
Mammographie au cours de la vie dans un contexte de dépistage	77,1	71,8	74,4	73,3	Tableau 4
Mammographie au cours des deux dernières années					Femmes de 50 à 69 ans
Importance relative (par rapport aux mammographies déjà passées)	81,1	76,8	77,4	79,0	Tableau 6
Prévalences (mammographie au cours des deux dernières années)					Femmes de 50 à 69 ans
Mammographie toutes raisons confondues	71,1	66,5	70,2	67,4	Tableau 7
Mammographie pour un examen régulier/dépistage	58,2	47,0	47,0	44,7	Tableau 8
Mammographie dans un contexte de dépistage	63,6	49,2	57,0	60,3	Tableau 9
Écart maximum à combler pour atteindre l'objectif de 70 %	11,8	23	23	25,3	Tableau 15
Écart minimum à combler pour atteindre l'objectif de 70 %	6,4	20,8	13	9,7	Tableau 15
Raison de ne pas avoir passé une mammographie récente					Femmes de 50 à 69 ans
Pas nécessaire – selon la répondante	40,0	53,2	36,0	38,0	Tableau 10
N'a pas eu l'occasion de s'en occuper	30,9	22,9	22,9	36,9	Tableau 10
Pas nécessaire - selon le médecin	11,0	20,3	13,7	...	Tableau 10
Peur	9,5	8,5	9,4	...	Tableau 10

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 % et 33,3 % : 16,6 % < cv <= 33,3 %).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Table des matières

Introduction	1
1. Objectifs.....	2
2. Quelques renseignements sur la source des données	3
3. Questions sur la mammographie	5
4. Portée et limites des données.....	5
5. Aspects méthodologiques	7
5.1 Principales caractéristiques à l'étude	7
5.2 Variables dérivées des principales caractéristiques à l'étude	8
5.3 Facteurs associés aux principales caractéristiques.....	9
5.4 Techniques d'analyse.....	9
6. Présentation des résultats.....	10
Analyse descriptive.....	11
6.1 Caractéristiques de la population visée de la dernière enquête	11
6.2 Évolution du recours à la mammographie.....	12
6.3 Principales raisons d'avoir déjà passé une mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans	14
6.4 Prévalence de mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage.....	17
6.5 Facteurs associés aux examens de mammographie déjà passés	18
6.6 Temps écoulé depuis le dernier examen de mammographie	23
6.7 Raisons évoquées de ne pas avoir passé un test de mammographie au cours des deux dernières années	25
6.8 Facteurs associés aux examens de mammographie au cours des deux dernières années	30
Analyse multivariée	34
6.9 Mammographie passée	34
6.10 Mammographie récente	35
7. Vue d'ensemble.....	42
8. Écarts à combler.....	46
9. Interprétation des résultats – comparaison avec d'autres études	47
9.1 Médecin de famille ou régulier et visites médicales	47
9.2 Âge 49	
9.3 État civil.....	50
9.4 Scolarité	51
9.5 Revenu	51
9.6 Immigration – pays d'origine	52
9.7 Habitudes de vie (Tabac, activité physique, contrôle du poids, test préventif)	53
9.8 Calendrier des mammographies non respecté.....	54
10. Conclusion	55
Références bibliographiques	57

Liste des tableaux

Tableau 1 - Proportion (en %) de femmes de 35 ans ou plus ayant passé une mammographie au cours de leur vie selon le groupe d'âge, le territoire et l'année d'enquête	12
Tableau 2 - Raisons évoquées par les femmes de 50 à 69 ans d'avoir déjà passé une mammographie selon le territoire et l'année d'enquête	15
Tableau 3 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant déjà eu une mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou de dépistage systématique, selon le territoire et de l'année d'enquête	18
Tableau 4 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans déjà eu une mammographie dans le cadre d'activités de dépistage, selon le territoire et de l'année d'enquête	18
Tableau 5 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant déjà passé une mammographie selon certaines caractéristiques, Canada, Québec, régions de Montréal, Toronto et Vancouver, 2008	21
Tableau 6 - Proportion (en %) des femmes ayant passé leur dernière mammographie à l'intérieur d'une période de deux ans selon le territoire et l'année d'enquête	23
Tableau 7 - Prévalence (en %) de la mammographie au cours des deux dernières années chez les femmes de 50 à 69 ans selon le territoire et l'année d'enquête	24
Tableau 8 - Prévalence (en %) de la mammographie au cours des deux dernières années dans le cadre d'un examen régulier chez les femmes de 50 à 69 ans selon le territoire et l'année d'enquête	25
Tableau 9 - Prévalence (en %) de la mammographie au cours des deux dernières années dans le cadre d'activités de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans selon le territoire et l'année d'enquête	25
Tableau 10 - Raisons évoquées par les femmes de 50 à 69 ans de ne pas avoir passé une mammographie récente (au cours des deux dernières années) selon le territoire et l'année d'enquête	26
Tableau 11 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours des deux dernières années selon certaines caractéristiques, Canada, Québec, régions de Montréal, Toronto et Vancouver, 2008.....	32
Tableau 12 - Rapports de cote corrigés (RC) d'avoir passé une mammographie au cours de la vie ou au cours des deux dernières années, femmes de 50 à 69 ans, Canada, 2008	36
Tableau 13 - Facteurs reliés aux mammographies récentes dans le cadre d'un examen régulier – Rapports de risques relatifs (RRR) – analyse de régression polynomiale (catégorie de référence : aucune mammographie passée). Canada, 2008	39
Tableau 14 - Facteurs reliés aux mammographies récentes dans le cadre d'activités de dépistage – Rapports de risques relatifs (RRR) – analyse de régression polynomiale (catégorie de référence : aucune mammographie passée). Canada, 2008	41
Tableau 15 - Écart à combler (minimum ou maximum) relativement aux objectifs des programmes de dépistage selon le territoire et l'année d'enquête.....	47

Liste des annexes

Annexe 1 - Taux de réponse aux ESCC par cycle, base de sondage et territoires choisis.....	62
Annexe 2 - Questions sur la mammographie posées aux ESCC / cycle (année d'enquête).....	63
Annexe 3 – Tableaux supplémentaires.....	64

INTRODUCTION

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus souvent diagnostiquée chez les femmes canadiennes. On estime que 22 700 nouveaux cas seront diagnostiqués au Canada en 2009, dont 6000 au Québec (Société canadienne du cancer, 2009). Une femme sur neuf développera un cancer du sein au cours de sa vie (Société canadienne du cancer, 2009), mais ce n'est qu'une femme sur 28 qui sera, le cas échéant, emportée par cette maladie. Par ailleurs, près de neuf femmes sur dix (87 %) ont des chances de survivre à leur maladie cinq ans après le diagnostic et huit sur dix (79,6 %) , après 10 ans, comparativement aux femmes non atteintes de cancer du sein, mais ayant des caractéristiques semblables (Ellison et Gibbons, 2006).

On assiste à une augmentation constante des nouveaux cas de cancer du sein entre 1980 et le début des années 90 et une stabilisation depuis environ 2000. Le recours au dépistage par mammographie, le report de la procréation à un âge plus avancé et l'abandon massif de l'hormonothérapie depuis 2002 pourraient expliquer en partie les tendances observées depuis une vingtaine d'années (Société canadienne du cancer, 2009).

En ce qui a trait à la mortalité, on remarque une diminution des taux normalisés par âge depuis 1986 et surtout depuis 1999 (baisse de 1,6 % par année). Encore une fois, le dépistage systématique par mammographie de même que l'efficacité accrue des traitements adjuvants reçus après une chirurgie pour un cancer du sein ont contribué à cette diminution (30 % entre 1986 et 2009, passant de 32 à 22 pour 100 000) (Société canadienne du cancer, 2009).

Comme il n'existe à ce jour aucun facteur de risque modifiable, scientifiquement reconnu, pour ce type de cancer, la détection précoce par la mammographie constitue actuellement l'intervention la plus efficace pour réduire la mortalité reliée à cette maladie. C'est pourquoi toutes les provinces canadiennes et tous les territoires ont mis en place des programmes de dépistage systématique visant à réduire de 20 à 30 % sur 10 ans la mortalité par cancer du sein chez les femmes visées par le programme, soit celles de 50 à 69 ans. Tous ces programmes invitent les femmes à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Le recours à la mammographie, pour les femmes dans la quarantaine ou pour celles âgées de 70 ans ou plus, est laissé à la discrétion du médecin traitant.

Bien que ces programmes aient été implantés de 1988 à 1998, les données portant sur les années 2003 et 2004 indiquent que le taux de participation variait alors de 10,4 % en Alberta à 52,9 % au Nouveau-Brunswick (Société canadienne du cancer, 2009). Il faut souligner que pour atteindre l'objectif (réduction de la mortalité due au cancer du sein) un taux minimal de participation de 70 % est requis (Ellison et Gibbons, 2006)

Dix ans après le début de l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), la Direction de santé publique de Montréal, responsable de la coordination de ce programme dans la région de Montréal, souhaite mieux comprendre les principaux facteurs reliés au recours à la mammographie de dépistage du cancer du sein.

L'absence de variables importantes dans le système d'information du PQDCS ne nous permet pas d'établir un profil adéquat des participantes et des non-participantes au programme.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) étant une enquête (ou plutôt une série d'enquêtes) représentative, en premier lieu, de la population canadienne ou, à l'occasion, des provinces canadiennes et des régions sociosanitaires, offre l'opportunité d'aller chercher des données complémentaires qui contribueront à une meilleure connaissance des caractéristiques des femmes qui n'ont jamais passé de mammographie ou qui ne sont pas fidèles à la recommandation de passer une mammographie bisannuelle. Qui plus est, les principales questions sur la mammographie sont reprises d'un cycle à l'autre, ce qui nous permet d'étudier l'évolution du phénomène au cours des dernières années. Il faut mentionner que les questions figurant aux enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes touchent toutes les femmes âgées de 35 ans ou plus susceptibles de passer l'examen de mammographie, qu'elles participent ou pas au programme de dépistage systématique. Cette limite constitue en quelque sorte un certain avantage pour notre direction, car elle nous permettra d'évaluer l'écart entre le taux de participation au programme et le taux de couverture (ensemble des femmes ayant passé une mammographie).

1. OBJECTIFS

Le présent document, aussi descriptif qu'analytique, vise un triple objectif :

- Préciser l'ampleur de la population féminine âgée de 50 à 69 ans ayant eu recours à la mammographie, soit au cours de leur vie ou au cours des deux dernières années
- Identifier les principales raisons d'avoir eu recours à la mammographie durant leur vie ou pour ne pas y avoir eu recours dans les deux dernières années.
- Évaluer les facteurs le plus importants associés au recours à la mammographie et le cas échéant, de se conformer aux lignes directrices canadiennes en la matière.

Si les deux premiers objectifs couvrent la partie descriptive de ce rapport, le troisième, quant à lui, résume l'aspect « analytique ».

Le recours à la mammographie aux deux ans demeure cependant la donnée la plus importante pour les programmes de dépistage à l'échelle du pays. Nous essaierons de la détailler en fonction de quelques facteurs ou caractéristiques reconnus être associés de façon significative à la mammographie de dépistage du cancer du sein, comme la présence d'un médecin régulier, la visite à un médecin au cours de la dernière année, le recours à d'autres pratiques de dépistage, notamment le test pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (test PAP) ou de comportement en matière de santé (tabagisme en particulier), l'âge, la scolarité, l'état civil, le revenu, le pays de naissance, la durée de séjour au Canada, l'état de santé, l'histoire familiale de cancer du sein ou d'un cancer en général.

Les données présentées tirent leur origine des quatre cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (1.1, 2.1, 3.1 et 5.1) réalisées en 2001, 2003, 2005 et 2008 respectivement.

Nous privilégions la présentation des données sur la population féminine de la région de Montréal, de l'ensemble du Québec et du Canada. Nous avons également jugé bon d'ajouter les données relatives à deux grandes villes canadiennes, soit Toronto et Vancouver qui ressemblent à plusieurs points de vue à notre métropole.

2. QUELQUES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOURCE DES DONNÉES

a. Origine

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), issue d'une initiative du gouvernement fédéral, vise à recueillir des informations sur la santé à l'échelle provinciale ou régionale. L'ESCC comporte deux enquêtes transversales distinctes formant un cycle bisannuel répétitif. La première enquête transversale de chaque cycle (2001, 2003, 2005, etc.) recueille des données auprès d'au moins 130 000 ménages sur un ensemble de sujets touchant la santé et elle est conçue pour produire des données fiables à l'échelle d'une région sociosanitaire (St-Pierre, Béland, 2004); la seconde (2002, 2004, 2006, etc.), quant à elle, met l'accent sur un thème particulier, différent d'un cycle à l'autre (santé mentale, nutrition, mesures anthropométriques, etc.) et vise à recueillir des données fiables à l'échelle des provinces, auprès d'environ 30 000 ménages.

Jusqu'à maintenant, quatre enquêtes de portée générale ont vu le jour, la première en 2001 et les trois autres en 2003, 2005 et 2007-2008 respectivement.

b. Population visée

La population visée par l'ESCC comprend les personnes âgées de 12 ans ou plus vivant à domicile, soit environ 98 % de l'ensemble de la population canadienne de 12 ans et plus. Les personnes vivant en établissement, dans les réserves indiennes ou sur les terres de la couronne, les membres à plein temps des Forces canadiennes de même que les habitants de quelques régions éloignées sont exclus de l'univers de l'enquête.

c. Plan de sondage

La sélection des individus s'appuie sur un plan de sondage par grappes. D'abord, la principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active (Béland, 2002). De cette base, on choisit en premier lieu un logement d'une liste (de logements) préalablement dressée à cette fin, ensuite un ménage vivant dans le logement et, enfin, le ou les

répondants en fonction de critères précis. La base aréolaire est complétée par une base de sondage téléphonique, constituée à partir de banques valides de numéros de téléphone (selon les critères utilisés par Statistique Canada pour l'Enquête sociale générale) ou par composition aléatoire. Encore une fois, les individus sont choisis à la toute fin d'un processus de sélection complexe : les banques de téléphone valides sont regroupées en strates. De chaque strate, on en tire au hasard une banque pour ensuite générer un nombre aléatoire compris entre 00 et 99 et créer ainsi un numéro de téléphone à 10 chiffres.

d. Répartition de l'échantillon

La répartition de l'échantillon en fonction de la base de sondage a évolué sensiblement depuis la première enquête. Statistique Canada privilégie de plus en plus les bases de sondage téléphonique au détriment des bases aréolaires. À titre d'exemple, pour le Québec seulement, la base aréolaire représentait 95 % de l'échantillon en 2001, mais seulement 44 % et 39 % en 2003 (St-Pierre, Béland, 2004) et 2005 respectivement. Il en découle que la comparaison des données entre deux cycles différents pourrait être influencée par le type de la base de sondage (Plante et al, 2010). Par ailleurs, pour une partie des répondants choisis à même la base aréolaire, l'entrevue s'est déroulée par téléphone. Pour le Québec, ils représentaient le quart en 2001 (26 %), 40 % en 2003 et 13 % en 2005 (St-Pierre, Béland, 2004).

Quelle que soit la base de sondage, le questionnaire est conçu pour une entrevue assistée par ordinateur.

e. Collecte de données

Pour les trois premiers cycles de l'ESCC, la collecte de données s'est échelonnée sur 12 mois, tandis que depuis le dernier cycle, elle est continue sur une période de deux ans. Ce changement est important pour notre projet, car pour une partie des provinces, dont le Québec, les données sur la mammographie se rapportent à l'année 2008, tandis que pour les autres, elles portent sur deux années à savoir 2007 et 2008. Afin de garder la même année de référence, nous avons décidé de présenter les données de 2008, même si pour certaines provinces, l'échantillon n'est pas complet.

f. Taux de réponse

Le taux de réponse global (base aréolaire et bases téléphoniques) est passé de 84,5 % en 2001 à 76,4 % en 2007-2008 pour le Canada et de 85,5 % à 76 % pour le Québec respectivement. Le taux de réponse est supérieur à 80 % pour les répondants choisis à même les bases aréolaires tant pour l'ensemble du Canada que pour le Québec.

3. QUESTIONS SUR LA MAMMOGRAPHIE

Depuis la première enquête en 2001, il n’y a eu que très peu de changement aux questions sur la mammographie, touchant surtout les raisons de ne pas avoir passé un tel examen au cours des deux dernières années (« incapable de sortir de son domicile à cause d’un problème de santé » ajouté aux cycles 2.1 et suivants; « a eu une ablation du sein/mastectomie » ajouté aux cycles 3.1 et 4.1). Les questions pertinentes sont posées aux femmes âgées de 35 ans ou plus.

Voici la formulation des principales questions de la section sur la mammographie

- « Avez-vous déjà passé une mammographie, c’est-à-dire, une radiographie du sein? » (Oui ou non).
- « Pourquoi avez-vous passé une mammographie? » (Question ouverte à plusieurs choix de réponses, posée aux femmes ayant répondu « Oui » à la question précédente).
- « À quand remonte la dernière fois? » (Choix de réponse :)
 - Moins de six mois
 - de six mois à moins de 1 an
 - de 1 an à moins de 2 ans
 - de 2 ans à moins de 5 ans
 - 5 ans et plus(Question posée aux femmes ayant déjà passé une mammographie)
- « Pour quelles raisons n’avez-vous pas passé une mammographie au cours des deux dernières années? » (Question ouverte, posée aux femmes ayant répondu avoir passé une mammographie il y a plus de deux ans – réponses multiples acceptées).

4. PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES

Les données portant sur la mammographie sont entachées d’erreurs inhérentes à toute enquête du même genre que celles traitées ici. Bien que de grands efforts aient été déployés pour assurer la qualité des données et minimiser les biais, il est impossible, comme pour toute enquête à l’échelle de la population, de garantir l’exactitude des réponses fournies par les répondants. Il s’agit toujours de réponses volontaires, non vérifiées par d’autres moyens (dossiers médicaux, données administratives pertinentes, etc.).

Ainsi, les femmes ayant accepté de participer à l’enquête sont plus susceptibles que les autres d’adopter des comportements favorables à la santé, tels que se soumettre à un test de dépistage du cancer du sein. En même temps, elles peuvent avoir donné des réponses socialement souhaitables, en ayant déclaré avoir passé une mammographie, alors qu’elles ne l’ont pas fait. Par ailleurs, nous ne pouvons pas éviter un biais de mémoire : il est possible que certaines femmes ne se soient pas souvenues avec précision du moment

où elles ont eu leur dernière mammographie. Le souvenir marquant de cet examen douloureux ou du moins désagréable peut le faire apparaître comme appartenant à un passé plus récent qu'il ne l'est en réalité. Il est alors possible que des répondantes aient déclaré avoir passé une mammographie à l'intérieur de la période recommandée de deux ans, même si l'examen a eu lieu quelques mois plus tard (phénomène de télescopage).

Les questions sur les raisons d'avoir passé une mammographie au cours de la vie regroupent autant les examens à des fins diagnostiques que ceux à des fins de dépistage. Ainsi, outre la raison évoquée « dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique », « les antécédents familiaux de cancer du sein », « l'âge (pour les femmes de 50 à 69 ans au moins) », et « l'hormonothérapie » pourraient être considérés également comme des motifs associés dans un contexte de dépistage. En corollaire, les raisons « masse dépistée lors d'une visite précédente », « suivi d'un traitement du cancer du sein » et « problème mammaire » correspondraient plutôt à des mammographies passées à des fins diagnostiques. À la dernière enquête par exemple, 13 % des raisons données seraient de cette nature contre 91 % pour des examens de dépistage. Nous aborderons davantage cet aspect dans la section aspects techniques ou de méthodes.

Outre le taux de participation à chacune des enquêtes, la présence de données manquantes à une caractéristique mesurée peut avoir une influence sur la qualité de son estimation. Pour les principales mesures de la présente étude, notamment la prévalence de certains phénomènes, l'ampleur de ces valeurs est inférieur à 5 %, voire 2 % et il en est de même pour la majorité des facteurs qui leur sont associés, sauf pour le revenu du ménage ajusté (en déciles) dont l'importance des valeurs inconnues est relativement élevée (supérieur à 15 %). Étant donné qu'il est difficile d'ignorer ses effets sur l'analyse, nous les avons considérées dans une catégorie en soi. Il faut mentionner que le problème de la non-réponse est traité lors de la pondération des données. Ces pondérations sont utilisées dans les analyses des données de ce rapport rendant ainsi fiable l'inférence à la population visée. En plus, l'emploi de mesures de précision tenant compte du plan de sondage renforce la qualité des estimations produites.

Bien que le taux de non-réponse pour plusieurs caractéristiques étudiées ici soit faible, certains résultats portant sur des sous-ensembles de la population visée s'appuient sur des effectifs réduits. Il peut s'agir d'événements peu fréquents dans la population ou d'une capacité limitée de l'échantillon à aller recueillir suffisamment de sujets pertinents (c'est, entre autres, le cas des échantillons des trois grandes régions sociosanitaires soit celles de Montréal, Toronto et Vancouver). Il en découle que la détection des différences significatives entre sous-groupes au seuil de 95 % pourrait être compromise (tests bilatéraux). De même, la faiblesse de l'échantillon empêche la détection des différences entre sous-groupes au seuil de 95 % (tests bilatéraux).

Par ailleurs, il faut souligner que les résultats de notre rapport s'appliquent à la population couverte par les enquêtes traitées ici (soit environ 98 % de la population canadienne de 12 ans et plus). Il est difficile d'évaluer le biais qui en découle, en raison d'une part, du sujet lui-même (seules les femmes de 35 ans ou

plus sont visées), et d'autre part, de la tranche d'âge propre à l'étude (femmes de 50 à 69 ans). Quoi qu'il en soit, nous croyions qu'il s'agirait d'un biais plutôt négligeable.

La nature transversale des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes ne nous autorise pas à établir des liens de causalité entre les différentes caractéristiques qui y sont étudiées. Nous sommes en mesure cependant d'étudier des associations entre ces caractéristiques.

Enfin, comme le nombre de cycles est très restreint, soit quatre, l'établissement de tendances par le recours à des méthodes de séries chronologiques nous a semblé inapproprié. Nous nous limiterons à décrire l'évolution des principaux phénomènes à l'étude de façon sommaire.

5. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Dans cette partie, nous présentons d'abord les variables étudiées dans le cadre du projet et ensuite nous nous attarderons aux techniques d'analyse adoptées.

5.1 Principales caractéristiques à l'étude

Les principales caractéristiques à l'étude découlent directement des deux questions de base sur la mammographie posées à la population féminine visée : la première question porte sur le fait même d'avoir subi cet examen, et la seconde, sur le moment de la dernière fois que cet examen a eu lieu. Chacune de ces deux questions nous permettra d'évaluer l'ampleur du phénomène (la prévalence) à l'échelle géographique retenue (Canada, Québec, Montréal, Toronto et Vancouver) et son évolution dans le temps, ce dernier étant représenté par l'année de l'enquête. Il faut mentionner que l'importance du temps écoulé depuis le dernier examen de mammographie est au départ relative, en ce sens qu'elle s'applique aux femmes ayant répondu affirmativement à la première question. Nous sommes en fait, en présence de mesures tronquées au moment de l'entrevue. Nous ne savons pas du tout comment les femmes « réfractaires » auraient répondu si chaque enquête s'était déroulée quelques mois plus tard ou encore quelle serait leur intention à ce sujet (il n'y avait pas de question pertinente à ce chapitre). Il se peut aussi que ces dernières aient délibérément choisi de ne pas subir ce test pour une raison ou une autre.

Aux fins de la présente analyse, nous avons regroupé certaines catégories relatives au temps écoulé depuis la dernière mammographie de façon à les rendre compatibles avec les recommandations de la Société canadienne du cancer en la matière (deux ans, plus de deux ans, données manquantes). Certains auteurs ajoutent une catégorie supplémentaire relative aux femmes n'ayant jamais passé un test de mammographie et, par le fait même, ils établissent la prévalence « absolue » des femmes ayant subi une

mammographie au cours des deux dernières années. Dans ce cas, le dénominateur regroupe toutes les femmes visées qu'elles aient ou non passé un test de mammographie.

Chacune de ces deux questions, de nature plutôt générale, est suivie d'une question ouverte à plusieurs choix de réponse, regroupant un ensemble de raisons, soit d'avoir déjà eu un test de mammographie ou de ne pas l'avoir fait au cours des deux dernières années. Les choix de réponse figurent en annexe.

Dans un premier temps, nous évaluerons l'ampleur de chacune des raisons séparément et ensuite, nous procéderons à un certain regroupement de raisons en fonction d'un concept « commun » sous-jacent.

Les femmes, par exemple, ayant déjà passé un examen de mammographie en raison, soit d'une histoire familiale de cancer du sein, soit dans le cadre d'un examen régulier ou de dépistage, soit d'une thérapie aux hormones ou enfin, à cause de leur âge se voient réunies dans une même catégorie de raisons qui correspondrait à une mammographie dans un contexte de « dépistage ».

Dans un même ordre d'idées, les mammographies subies en raison soit d'une masse décelée lors d'une visite précédente, soit d'un suivi de traitement de cancer du sein ou encore d'un problème mammaire refléteraient, à notre avis, des mammographies effectuées à des fins diagnostiques. Il s'agirait alors de mammographies faites en raison de symptômes.

Les deux groupes ainsi constitués ne sont pas nécessairement mutuellement exclusifs, puisqu'ils découlent d'une question à choix multiples. Dans un tel cas, nous avons privilégié les mammographies à des fins diagnostiques, c'est-à-dire, qu'une femme se voyant, en raison de ses réponses, classées autant dans la catégorie « mammographie de dépistage » que dans celle de « mammographie symptomatique », sera retenue dans cette dernière seulement. L'ampleur de cette « superposition » est d'environ 4 %.

Enfin, nous avons procédé à un dernier regroupement de questions, portant cette fois sur les raisons de ne pas avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années. Les raisons « service non disponible lorsque requis », « service non disponible dans la région », « délai d'attente trop long » et « ne savait pas où aller/mal informée » (mam_36 e, mam_36f, mam_36g et mam_36k) refléteraient un manque d'accessibilité aux services.

5.2 Variables dérivées des principales caractéristiques à l'étude

Le croisement entre certaines caractéristiques principales présentées dans la section précédente nous permet de construire des indicateurs du recours à la mammographie fort intéressants pour les planificateurs des programmes de dépistage. Ils permettent, entre autres, de situer, ne serait-ce que de façon approximative, le degré de conformité aux lignes directrices canadiennes à l'échelle de la population.

Ainsi, à titre d'exemple, en remplaçant les femmes ayant subi un test de mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou de dépistage parmi toutes les femmes visées par le programme (soit toutes les femmes ayant répondu à la première question de la section sur la mammographie), nous obtiendrons un taux de mammographie (la prévalence) pour un examen régulier ou de dépistage (Croisement des variables mam_30 et mam_31b pour 2008, etc.). Nous créerons en fait une nouvelle catégorie pour la variable « mam_31b » qui récupère (dans le dénominateur du calcul du taux) les réponses négatives à la question d'entrée (mam_30). C'est l'équivalent de la multiplication des deux probabilités d'intérêt rattachées aux questions « mam_30 et mam_31b ». (Voir les questions et les noms des variables associées à l'annexe A.2)

La répétition de ce même exercice pour la mammographie de dépistage (voir tableau 3, regroupement des raisons) nous permettra d'évaluer la proportion des femmes ayant déjà passé une mammographie de « dépistage » (ou une mammographie de diagnostic, pour le deuxième regroupement des raisons).

Il n'y a pas de doute, ce genre de calcul devient plus intéressant à l'endroit de la mammographie la plus récente (moins de deux ans, en l'occurrence). C'est justement le but de la création des trois variables supplémentaires, donnant respectivement une estimation des prévalences de mammographie au cours des deux dernières années, d'abord, sans égard à la raison, ensuite en raison d'un examen régulier et enfin, en raison d'un « dépistage » (regroupement des raisons). La première de ces trois variables découle de la combinaison des questions principales sur la mammographie (avoir déjà subi ce test et le temps écoulé entre la dernière fois et le moment de l'entrevue). Quant aux deux autres, elles sont le fruit d'un raisonnement semblable entre le temps écoulé depuis le test le plus récent et la raison d'avoir passé une mammographie (examen régulier ou mammographie dans un contexte de dépistage).

5.3 Facteurs associés aux principales caractéristiques

Outre les variables d'intérêt principal, soit celles découlant des questions sur la mammographie, nous en avons retenu d'autres reconnues être associées de façon importante à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Le fait d'avoir un médecin de famille (ou régulier), de l'avoir visité au cours de la dernière année, le recours à d'autres pratiques préventives (test PAP) ou de comportement en matière de santé (tabagisme, activité physique, indice de masse corporelle), l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, l'état civil, le pays de naissance, la durée de séjour au Canada (pour les femmes immigrantes), le lieu de résidence (classification « urbain – rural »), l'état de santé en général, la présence de problèmes chroniques ou la présence de cancer font partie de ce groupe.

5.4 Techniques d'analyse

Sur le plan de l'analyse, nous présenterons les estimations de l'ampleur du recours à la mammographie et, le cas échéant, la proportion des femmes ayant subi cet examen au cours des deux dernières années.

Outre ces prévalences, nous évaluerons l'importance des raisons du recours à la mammographie, de même que des raisons de ne pas avoir passé cet examen selon l'intervalle recommandé par les lignes directrices canadiennes.

L'identification des caractéristiques des femmes qui passent ou qui ne passent pas une mammographie s'appuiera sur des croisements à deux caractéristiques à la fois (analyses bivariées) et ensuite, par des analyses mettant en rapport plusieurs caractéristiques des femmes simultanément avec le phénomène étudié (recours à la mammographie). Il sera alors question d'analyses de régressions propres aux variables « catégorielles » (logistiques, pour les variables dichotomiques et multinomiales logistiques, pour les variables à trois modalités ou plus non ordonnées naturellement). Compte tenu des tailles d'échantillons limitées, nous avons regroupé les modalités de plusieurs de ces caractéristiques en un nombre de catégories significatives. Les analyses multivariées seront fondées sur l'ensemble des données de l'enquête afin de renforcer la stabilité des coefficients estimés.

Sont exclues du calcul des prévalences ou des analyses à deux caractéristiques les valeurs inconnues (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus ») car leur proportion était inférieure à 5 %, voire 2 %.

Les estimations présentées ici sont produites sur des données pondérées et leur précision a été établie à l'aide de poids « bootstrap » adaptés au plan d'échantillonnage complexe de chaque enquête (Rust, Rao, 1996). Pour ce qui est des intervalles de confiance, ils couvrent le paramètre estimé avec une probabilité de 95 %. Les différences entre plusieurs estimations reposent sur des tests bilatéraux et déclarées significatives (sur le plan statistique) si $p < 0,05$. Les estimations dépassant le seuil de diffusion de données selon les règles de Statistique Canada (soit celles ayant un coefficient de variation supérieur à 33,3 %) ne seront pas présentées. Nous avons effectué l'ensemble du traitement de données et d'analyses statistiques à l'aide du progiciel STATA, versions 10 ou 11.

6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans un premier temps, nous présenterons l'évolution du recours à la mammographie selon l'année d'enquête et le territoire retenu, et ce, autant pour l'ensemble de la population visée, soit les femmes de 35 ans ou plus, que par grands groupes d'âge (35-49 ans, 50-69 ans et 70 ans ou plus).

Ensuite, nous restreindrons notre analyse à la population féminine de 50 à 69 ans. Nous comptons alors décrire, l'évolution de plusieurs paramètres du recours à la mammographie, à savoir les raisons principales d'avoir passé une mammographie, le temps écoulé depuis la dernière fois qu'elle a eu lieu (jusqu'au moment de l'entrevue) et les raisons de ne pas l'avoir passée à l'intervalle prescrit (pour les femmes ayant déjà passé cet examen). Nous nous limiterons ensuite à l'analyse des données les plus récentes, soit celles

de l'ESCC 2008 (cycle 5.1). La description des caractéristiques de la population précédera l'analyse proprement dite du recours à la mammographie en fonction de plusieurs facteurs sociodémographiques ou autres (utilisation de services de santé, état de santé, comportements préventifs retenus), principalement pour l'ensemble du pays et lorsque les tailles d'échantillon seront suffisantes, pour la région de Montréal ou le Québec. Nous présenterons surtout les données les plus récentes en la matière, soit celles de l'ESCC 2008.

Analyse descriptive

6.1 Caractéristiques de la population visée de la dernière enquête

Le nombre de femmes de 50 à 69 ans ayant répondu à la section sur la mammographie s'élève à 11 615, ce qui représente environ 3,8 millions de Canadiennes. Elles sont proportionnellement plus nombreuses dans les deux premiers groupes d'âge (presque 60 %) (Tableau A3.1, en annexe).

Dans la grande majorité (71 %), elles vivent en couple (mariées ou en union de fait) et très peu ne se sont jamais mariées. Elles vivent surtout en zone urbaine (79 %). Une femme sur quatre est née à l'extérieur du Canada (26 %) et la majorité d'entre elles demeurent au pays depuis plus de 10 ans. Les immigrantes récentes, soit celles établies au Canada depuis moins de 10 ans, constituent une faible minorité (soit à peine 2 % des répondantes). Le cinquième des femmes (19 %) n'ont pas de diplôme d'études secondaires, tandis que plus de la moitié (55 %) ont fait des études postsecondaires. Plus de neuf femmes sur dix (92 %) ont un médecin de famille, toutefois, un peu plus de huit sur dix (82 %) l'ont consulté l'année précédant l'entrevue. Sur le plan de l'état de santé (en général), plus de la moitié (53 %) l'ont jugé excellent ou très bon, et moins de deux sur dix, passable ou mauvais. Par ailleurs, moins de 5 % souffrent d'un cancer et presque trois sur quatre (73 %) sont atteintes d'au moins un problème de santé chronique.

Au moins une femme sur cinq évalue son stress quotidien d'élevé (22 %) et le tiers trouve que leur sentiment d'appartenance à la communauté est faible ou très faible. Moins d'une femme sur cinq est une fumeuse actuelle (régulière ou occasionnelle) (18 %), tandis que près de quatre sur dix n'ont jamais fumé (38 %). Plus d'une femme sur deux (55 %) est classée inactive sur le plan de l'activité physique de loisir. Le tiers des femmes de ce groupe d'âge font de l'embonpoint et une sur cinq (près de 20 %) est classée obèse d'après leurs mesures de poids et de taille (indice de masse corporelle). Enfin, au moins neuf femmes sur dix ont déjà passé un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus (test PAP) et pour le cinquième (21 %) de celles qui l'ont eu, cet examen remontait à plus de cinq ans.

Figurent au même tableau (A3.1, en annexe) les caractéristiques des populations équivalentes du Québec et des trois régions sociosanitaires retenues. Voici en bref quelques différences dignes d'être mentionnées. Nous retrouvons plus de femmes veuves, divorcées ou séparées à Montréal, mais moins vivant en couple. Dans l'ensemble du Québec, il y a moins de femmes nées à l'étranger, mais c'est l'inverse à Montréal.

Toronto et Vancouver se démarquent nettement de Montréal, les deux tiers de leur population féminine de 50 à 69 ans étant nés à l'extérieur du pays. Il n'est pas alors surprenant d'y retrouver un fort contingent d'immigrantes de longue date (établies ici depuis au moins dix ans). Au chapitre de l'éducation, nous retrouvons davantage de Montréalaises ayant fait des études postsecondaires. Pratiquement, la quasi-totalité de la population féminine de Toronto et Vancouver a un médecin régulier, mais le recours récent (douze mois avant l'enquête) à un médecin de famille est sensiblement le même partout. Toutes proportions gardées, il y a beaucoup plus de femmes à Toronto et à Vancouver n'ayant jamais fumé. Enfin, les femmes de Vancouver dépassent facilement les autres sur le plan de l'activité physique de loisir.

6.2 Évolution du recours à la mammographie

a. Femmes de 35 ans ou plus

Dans l'ensemble du Canada, nous assistons à une augmentation pratiquement linéaire de la proportion des femmes âgées de 35 ans ou plus ayant passé un examen radiographique du sein, passant de 65 %, en 2001, à 70 % en 2008. Nous observons une évolution similaire dans l'ensemble du Québec, où les proportions correspondantes s'élèvent à 67 % et 71 % respectivement. En ce qui a trait à la région de Montréal, la proportion des femmes ayant déjà eu une mammographie est restée pratiquement stable (68 % en 2001 c. 70 % en 2008). Pendant cette même période, les régions de Toronto et de Vancouver ont toutes les deux connu une croissance semblable (62 % c. 69 % pour la première et 58 % c. 65 % pour la seconde). En général, la région de Montréal « performe » un peu mieux que celle de Vancouver. À la fin de la période à l'étude, les trois régions ne se différencient pas quant à la proportion des femmes ayant déjà eu une mammographie, tandis qu'au début, la région de Montréal se démarquait davantage des deux autres.

Tableau 1 - Proportion (en %) de femmes de 35 ans ou plus ayant passé une mammographie au cours de leur vie selon le groupe d'âge, le territoire et l'année d'enquête

35 ans et plus

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	64,5 (63,9-65,1)	66,7 (66,0-67,4)	68,4 (67,7-69,0)	70,4 (69,4-71,4)
Québec	66,9 (65,6-68,1)	68,6 (67,1-70,0)	70,1 (68,9-71,2)	71,4 (69,2-73,5)
Montréal	68,1 (64,4-71,7)	71,1 (67,8-74,3)	71,2 (68,1-74,1)	70,3 (64,6-75,5)
Toronto	61,8 (58,2-65,3)	65,8 (60,8-70,4)	65,2 (61,5-68,6)	68,6 (63,5-73,3)
Vancouver	58,0 (53,2-62,7)	60,6 (54,5-66,5)	62,8 (57,1-68,2)	65,1 (58,7-71,0)

35-49 ans

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	43,9 (42,9-44,8)	43,2 (41,9-44,5)	43,7 (42,6-44,9)	45,5 (43,5-47,5)
Québec	45,3 (52,3-57,0)	43,8 (41,2-46,3)	42,2 (40,0-44,4)	44,6 (40,1-49,1)
Montréal	48,0 (42,2-53,9)	50,7 (44,2-57,2)	44,8 (39,6-50,1)	41,1 (31,3-51,8)
Toronto	42,9 (36,3-49,8)	40,2 (32,9-48,0)	39,8 (34,9-45,1)	44,5 (36,1-53,2)
Vancouver	41,4 (33,8-49,4)	42,6 (34,8-50,7)	41,1(33,4-49,3)	41,6 (30,7-53,5)

50 – 69 ans

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	86,7 (86,0-87,5)	89,0 (88,2-89,8)	89,3 (88,6-89,9)	88,5 (87,4-89,5)
Québec	89,9 (88,6-91,0)	90,3 (89,0-91,4)	91,8 (90,6-92,8)	87,6 (84,8-89,9)
Montréal	88,5 (84,5-91,5)	86,7 (82,7-89,9)	90,6 (87,7-93,0)	85,4 (77,0-91,1)
Toronto	82,7 (76,3-87,7)	90,2 (85,3-93,7)	89,5 (85,1-92,7)	90,8 (83,9-94,9)
Vancouver	77,5 (67,4-85,1)	84,4 (79,5-88,2)	83,0 (76,3-88,0)	89,4 (76,4-95,6)

70 ans et plus

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	72,9 (71,6-74,1)	78,2 (76,9-79,4)	81,8 (80,7-82,9)	85,6 (84,0-87,1)
Québec	71,4 (68,5-74,1)	78,3 (75,6-80,7)	81,5 (79,3-83,6)	86,7 (83,1-89,6)
Montréal	72,9 (66,2-78,8)	80,1 (73,1-85,7)	83,5 (78,3-87,7)	89,6 (82,9-93,9)
Toronto	76,1 (68,4-82,4)	79,2 (65,2-88,6)	81,6 (74,8-86,8)	83,1 (70,5-91,0)
Vancouver	71,6 (57,6-82,4)	70,3 (55,3-81,9)	72,0 (61,5-80,5)	87,1 (74,4-94,0)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les chiffres entre parenthèses représentent les limites inférieures et supérieures des intervalles de confiance au niveau de 95 %.

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

b. Femmes de 35 à 49 ans

Il y a eu très peu de variation du taux de mammographie entre 2001 et 2008 chez les femmes de ce groupe d'âge, et ce, peu importe le territoire étudié. Il s'agit évidemment d'un groupe qui n'est pas visé par les programmes de dépistage provinciaux à moins qu'il y ait des raisons de le faire. Globalement, entre quatre et cinq femmes sur dix ont déjà passé ce test. Aux deux premières enquêtes, les femmes montréalaises sont proportionnellement un peu plus nombreuses à avoir passé cet examen, mais à la fin de la période, les différences se sont pratiquement estompées.

c. Femmes de 50 à 69 ans

Tant pour l'ensemble du Canada qu'au Québec, près de neuf femmes sur dix, âgées de 50 à 69 ans, ont déjà subi un test de mammographie au moment de chaque enquête. À ce chapitre, les femmes de la région de Vancouver accusent, en 2001, un peu de retard par rapport aux deux autres régions urbaines, mais elles se sont rattrapées à la fin de la période.

d. Femmes de 70 ans ou plus

C'est dans ce groupe de femmes qu'il y a eu plus de variation entre la première et la dernière enquête sur le plan de la mammographie déjà subie. En 2001, au moins sept femmes sur dix ont déclaré avoir déjà eu une mammographie au cours de leur vie, comparativement à près de neuf sur dix en 2008; les progrès ont été plus marqués dans les régions de Montréal et de Vancouver. En 2008, nous retrouvons pratiquement les mêmes proportions que chez les femmes de 50 à 69 ans, ce qui indique en quelque sorte un certain effet de l'implantation des programmes de dépistage du cancer du sein à l'échelle du pays.

6.3 Principales raisons d'avoir déjà passé une mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans

En l'absence d'une question directe sur la prescription d'une mammographie à des fins de dépistage, les réponses données par les femmes de 50 à 69 ans, relativement aux raisons d'avoir déjà passé ce test, sont très révélatrices; en effet, au moins sept femmes sur dix ont mentionné que c'était fait dans le cadre « d'un examen régulier ou de dépistage systématique » (tableau 2). Cette proportion n'a que très peu varié d'une enquête à l'autre.

Comme deuxième raison en importance, suit de loin l'âge tout au cours de cette période et son ampleur augmente sensiblement entre la première enquête et les enquêtes subséquentes : de 11 % au début, elle se stabilise à près de 18 % par la suite. Un historique familial de cancer du sein demeure une autre raison importante d'avoir passé une mammographie et son importance ne varie pas beaucoup d'une enquête à l'autre (près de 10-11 %). Une masse dépistée auparavant représente une autre raison citée par une proportion de femmes légèrement moindre (8 à 9 %) que pour la raison précédente.

Le regroupement des raisons en deux grandes catégories, soit en mammographie de dépistage et en mammographie à des fins diagnostiques, nous révèle que, entre huit et neuf femmes sur dix auraient subi une mammographie à des fins « équivalentes » à des activités de dépistage et au moins une sur dix, à des fins diagnostiques. Ces deux proportions représenteraient en quelque sorte des proportions maximales de prescriptions de mammographie dans le cadre d'un dépistage systématique ou à des fins diagnostiques respectivement.

En rapportant, les femmes ayant eu une mammographie de dépistage (raisons de mammographie regroupées) à l'ensemble des femmes visées (peu importe si elles en ont déjà eu une) nous estimerons la « prévalence » de cet examen au cours de la vie.

Tableau 2 - Raisons évoquées par les femmes de 50 à 69 ans d'avoir déjà passé une mammographie selon le territoire et l'année d'enquête

(importance en %)

ESCC 2001

Raison d'avoir passé une mammographie	Canada (n=14 670)	Québec (n=2 823)	Montréal (n=310)	Toronto (n=225)	Vancouver (n=92)
1. Antécédents familiaux de cancer du sein	9,1 (8,4-9,9)	8,6 (7,5-9,9)	5,5 (3,3-9,1)	10,1 (6,7-14,9)	...
2. Dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique	74,4 (73,2-75,5)	74,5 (72,4-76,5)	81,7 (76,5-85,9)	77,4 (70,3-83,1)	78 (67-86,1)
3. Âge	11,2 (10,3-12,2)	7,4 (6,1-9)	...	7,8 (4,6-12,9)	...
4. Masse dépistée lors d'une visite précédente	8,4 (7,7-9,2)	7,5 (6,3-8,8)	...	6,3 (3,5-11)	...
5. Suivi d'un traitement du cancer du sein	2,1 (1,7-2,6)	2,4 (1,8-3,3)	...	...	...
6. En hormonothérapie	1,4 (1,1-1,8)	1,0 (0,6-1,5)	...	...	...
7. Problème mammaire	2,5 (2,2-3)	1,7(1,2-2,5)	...	...	...
8. Autre	2,1 (1,8-2,5)	2,2 (1,8-2,8)	3,1 (1,8-5,5)	...	7,1 (3,9-12,5)
Regroupement					
(1, 2, 3,6) : Mammographie de dépistage	85,7 (84,8-86,6)	86,5 (84,9-88,0)	87,8 (82,7-91,6)	87,5 (81-92)	85,5 (71,7-93,1)
(4, 5,7) : Mammographie diagnostique	12,5 (11,7-13,4)	11,3 (9,9-12,9)	9,1 (5,6-14,3)	11,4 (7,4-17,3)	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 et 33,3 % : 16,6 % < cv <= 33,3 %).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

Tableau 2 (suite)

(importance en %)

ESCC 2003

Raison d'avoir passé une mammographie	Canada (n=18 399)	Québec (n=4 323)	Montréal (n=338)	Toronto (n=417)	Vancouver (n=152)
1. Antécédents familiaux de cancer du sein	10,1 (9,4-10,9)	9,9 (8,8-11,2)	9,3 (6,3-13,6)	...	8,1 (4,6-13,7)
2. Dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique	69,6 (68,4-70,7)	66,8 (64,7-68,8)	69,1 (62,3-75,2)	76,9 (68,6-83,5)	72,7 (60,7-82,2)
3. Âge	17,3 (16,4-18,2)	18,1 (16,2-20)	19,2 (14,3-25,3)	13,1 (7,8-21,1)	15,3 (9,3-24,1)
4. Masse dépistée lors d'une visite précédente	9,4 (8,7-10,2)	9,6 (8,2-11,2)	8,8 (5,6-13,6)	7,2 (4,2-12,19)	...
5. Suivi d'un traitement du cancer du sein	2,9 (2,5-3,4)	3,0 (2,3-4,1)	3,4 (2-5,5)	2,6 (1,4-4,5)	...
6. En hormonothérapie	1,4 (1,2-1,7)	2,1 (1,7-2,7)	4,1 (2,7-6,2)	...	...
7. Problème mammaire	3,2 (2,8-3,6)	2,6 (2,0-3,3)	...	4,0 (2,3-6,9)	5,6 (3,6-9,71)
8. Autre	3,4 (2,9-4,0)	4,9 (3,9-6,1)	5,5 (3,4-9)	...	...
Regroupement					
(1, 2, 3,6) : Mammographie de dépistage	82,7 (81,7-83,6)	81,7 (79,9-83,4)	82,8 (76,9-87,5)	85,1 (79,5-89,3)	82,1 (72,1-89,1)
(4, 5,7) : Mammographie diagnostique	14,7 (13,8-15,5) (0,438)	14,4 (12,9-16,1)	13,6 (9,5-19,1)	13,0 (9,1-18,2)	15,3 (8,7-2,56)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 % et 33,3 % : 16,6 % < cv <= 33,3 %).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

Tableau 2 (suite)

(importance en %)

ESCC 2005

Raison d'avoir passé une mammographie	Canada (n=18 454)	Québec (n=4 631)	Montréal (n=726)	Toronto (n=754)	Vancouver (n=330)
1. Antécédents familiaux de cancer du sein	9,7 (9,1-10,4)	9,2 (8,5-10,5)	6,4 (3,8-10,7)	8,7 (6,5-10,7)	10,5 (6,1-17,3)
2. Dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique	72,0 (71-72,9)	70,1 (68,2-71,9)	67,5 (62,3-72,2)	75,7(69,6-81)	72,5 (59,6-82,4)
3. Âge	18,4 (17,6-19,2)	17,9 (16,2-19,8)	20,5 (16,9-24,5)	15,0 (10,8-20,4)	19,1 (10,1-33,1)
4. Masse dépistée lors d'une visite précédente	8,4 (7,8-9)	9,5 (8,4-10,7)	7,0 (4,7-10,3)	4,0 (2,1-7,6)	3,7 (2,3-5,7)
5. Suivi d'un traitement du cancer du sein	2,6 (2,2-3,0)	2,6 (2-3,24)	...	...	...
6. En hormonothérapie	0,9 (0,7-1,2)	...	...	...	...
7. Problème mammaire	2,7 (2,4-3)	2,4 (2-2,9)	3,3 (2,1-5,2)	...	...
8. Autre	3,5 (3,1-4,0)	4,2 (3,6-5)	6,3 (4,3-9,0)	...	...
Regroupement					
(1, 2, 3,6) : Mammographie de dépistage	84,5 (83,6-85,3)	82,8 (81,3-84,1)	82,1 (78,1-85,5)	90,3 (86,2-93,4)	92,8 (85,1-96,7)
(4, 5,7) : Mammographie diagnostique	13,0 (12,2-13,8)	13,9 (12,6-15,2)	12,5 (9,6-16,3)	8,2 (5,5-12,2)	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 % et 33,3 % : 16,6 % < cv <= 33,3 %).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

Tableau 2 (suite)

(importance en %)

ESCC 2008

Raison d'avoir passé une mammographie	Canada (n=10 280)	Québec (n=2 096)	Montréal (n=214)	Toronto (n=313)	Vancouver (n=104)
1. Antécédents familiaux de cancer du sein	11,1 (10-12,2)	12,5 (10,1-15,3)	9,3 (5,3-15,9)	12,9 (7,3-21,8)	...
2. Dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique	73,9 (72,5-75,3)	70,4 (67,1-73,5)	66,2 (56,4-74,9)	80,1 (71,2-86,7)	75,0 (58,6-86,4)
3. Âge	17,5 (16,1-18,9)	15,9 (13,5-18,7)	21,5 (14,3-31,1)	15,9 (11,1-22,4)	...
4. Masse dépistée lors d'une visite précédente	8,2 (7,1-9,4)	6,6 (5-8,7)	...	12,3 (6,4-22,6)	...
5. Suivi d'un traitement du cancer du sein	2,8 (2,3-3,3)	3,1 (2,3-4,3)	...	...	...
6. En hormonothérapie	0,6 (0,3-0,9)	...	...	...	...
7. Problème mammaire	2,7 (2,2-3,3)	2,7 (1,6-4,6)	...	...	...
8. Autre	2,7 (1,8-2,6)	3,5 (2,5-5)			
Regroupement					
(1, 2, 3,6) : Mammographie de dépistage	85,6 (84,4-86,8)	85,4 (82,7-87,9)	85,8 (78,4-91)	84,0 (74,7-90,3)	95,2 (89-98)
(4, 5,7) : Mammographie diagnostique	13,0 (11,9-14,2)	12,3 (10-14,9)	10,4 (6-17,2)	14,3 (8,1-24,1)	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 % et 33,3 % : $16,6\% < cv < 33,3\%$).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

6.4 Prévalence de mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage

Dans l'ensemble du Canada, au moins 6 femmes sur 10 (âgées de 50 à 69 ans) ont déjà eu recours à la mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou de dépistage, et cette proportion n'a pas varié beaucoup d'une enquête à l'autre (tableau 3). Au Québec et dans la région de Montréal nous observons une tendance à la baisse entre le début et la fin de la période à l'étude. C'est l'inverse qui se produit à Toronto (de façon presque linéaire) et à Vancouver.

Tableau 3 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant déjà eu une mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou de dépistage systématique, selon le territoire et de l'année d'enquête

Enquête (année)	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
ESCC 2001	64,2 (63-65,3)	66,7 (64,7-68,7)	71,7(66,8-76,1)	63,0 (56,3-69,2)	58,2 (47,3-68,3)
ESCC 2003	61,9 (60,7-63,1)	60,3 (58,2-62,3)	59,9 (53,4-66)	69,4 (61,6-76,2)	61,3 (49,3-72,1)
ESCC 2005	64,2 (63,2-65,2)	64,3 (62,3-66,2)	61,1 (56-66)	67,7 (61-73,8)	60,1 (49,6-69,8)
ESCC 2008	65,4 (63,8-66,9)	61,6 (58,2-64,9)	56,5 (46,9-65,8)	72,7 (63,6-80,2)	67,0 (51,8-79,4)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Proportions calculées sur l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans (prévalence)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

En ce qui a trait à la mammographie à des fins de dépistage, les proportions sont plus élevées : au Québec, tout comme au Canada, trois femmes sur quatre se sont déjà prévaluées d'une mammographie dans le cadre d'activités de « dépistage » (tableau 4). Nous remarquons un très léger relâchement au fil du temps chez les femmes de Montréal, contrairement à celles de Toronto ou de Vancouver.

Tableau 4 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans déjà eu une mammographie dans le cadre d'activités de dépistage, selon le territoire et de l'année d'enquête

Enquête (année)	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
ESCC 2001	74,0 (72,9-75)	77,5 (75,7-79,1)	77,1 (72-81,4)	71,3 (64,3-77,3)	63,7 (52,4-73,8)
ESCC 2003	73,5 (72,5-74,6)	73,7 (71,8-75,6)	71,8 (65,8-77,1)	76,8 (70,6-82)	69,3 (59,2-77,7)
ESCC 2005	75,4 (74,5-76,3)	75,9 (74,3-77,5)	74,4 (70-78,4)	80,8 (75,5-85,3)	77,0 (69,4-83,2)
ESCC 2008	75,7 (74,3-77,1)	74,8 (71,6-77,8)	73,3 (64,3-80,7)	76,3 (67,1-83,5)	85,1 (73-92,4)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Proportions calculées sur l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans (prévalence)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

6.5 Facteurs associés aux examens de mammographie déjà passés

Dans cette section, nous aborderons les principales caractéristiques des Canadiennes 50 à 69 ans ayant déjà passé une mammographie. Nous tâcherons également de présenter quelques données touchant le Québec, et dans la mesure du possible, la région de Montréal ou l'ensemble des trois régions urbaines étudiées.

La décision d'avoir subi un examen de radiographie du sein dépend en premier lieu de l'âge. En fait, c'est le premier groupe d'âge, soit celui de 50 à 54 ans, qui se démarque des trois autres groupes quinquennaux par un taux de mammographie plus faible (83 % c. 91 % pour tous les autres) (tableau 5). Des données plus détaillées nous indiquent qu'il s'agit surtout des femmes de 50 ans, récemment entrées dans les cohortes visées par le programme, ce qui fait baisser la cote de ce groupe d'âge. Leur taux de mammographie déjà passée s'élève à 72 % tandis que celui des femmes de 51 à 54 se rapproche du taux des groupes d'âge supérieur (87 %). Il est évident que les femmes de 50 ans n'ont pas eu encore suffisamment de temps pour se soumettre à ce test.

Les mêmes remarques s'appliquent aussi chez les femmes québécoises, montréalaises ou celles des trois régions urbaines retenues (tableau 5).

Les femmes jamais mariées sont proportionnellement moins nombreuses (83 %) à avoir passé une mammographie que les femmes mariées ou en couple (89 %) ou les femmes divorcées, séparées ou veuves (88 %). Une tendance semblable se dessine à l'endroit des femmes québécoises, mais les résultats sont moins concluants (le seuil de signification statistique frôle le 10 %).

Le taux de mammographie est pratiquement le même chez les femmes vivant en zone urbaine (89 %) qu'en zone rurale (88 %).

Les femmes nées au Canada sont, par ailleurs, plus enclines à avoir passé une mammographie que celles nées à l'extérieur du pays (90 % c. 85 %). Plus particulièrement, les femmes nées en Amérique du Nord ou en Europe affichent des taux semblables (90 % et 89 % respectivement), supérieurs à ceux observés chez les femmes nées en Asie (79 %) ou ailleurs (83 %). Les femmes québécoises nées au pays affichent elles aussi un taux de mammographie supérieur à celui des femmes nées à l'étranger.

Les immigrantes récentes, c'est-à-dire celles s'étant établies au pays depuis moins de 10 ans accusent, à ce chapitre, un retard très important par rapport à celles établies ici depuis plus de dix ans (53 % c. 87 %) ou les femmes du pays (90 %).

Un niveau d'éducation ou de revenu inférieur va de pair avec un taux de mammographie faible : en effet, les femmes n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires affichent un taux plus bas (83 %) que les autres (89 % pour celles ayant fait des études postsecondaires et 90 % pour celles ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires, collégiales ou universitaires). Les femmes dont le revenu du ménage se retrouve dans le quintile inférieur (faible) sont également moins nombreuses à avoir subi une mammographie au cours de leur vie (83 % c. au moins 89 % pour les quintiles supérieurs). Au Québec, ce sont les femmes des deux premiers quintiles de revenu du ménage qui affichent un taux de mammographie inférieur à celui des revenus supérieurs.

Le fait d'avoir un médecin de famille est fortement associé à un taux de mammographie plus élevé; ainsi, les femmes suivies par un médecin de famille sont beaucoup plus susceptibles d'avoir passé une mammographie que les autres (90 % c. 71 %). Il en est de même chez les femmes des autres territoires à l'étude (Québec, région de Montréal ou ensemble des trois régions urbaines). Les femmes canadiennes, québécoises ou encore des trois régions urbaines réunies sont également plus nombreuses à en avoir visité un l'année précédant l'entrevue (Canada : 90 % c. 76 %; Québec : 90 % c. 74 %; régions de Montréal, de Toronto et de Vancouver : 91 % c. 75 %).

Les femmes ayant jugé que leur état de santé était mauvais sont moins susceptibles d'avoir passé une mammographie que les autres (83 % c. au moins 88 %).

Les femmes atteintes d'un cancer ont pratiquement toutes (98 %) eu une mammographie au cours de leur vie, même si elles ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble (à peine 5 % des 50 à 69 ans).

En général, les femmes touchées par au moins un problème de santé chronique sont légèrement plus nombreuses à avoir passé une mammographie que les autres (90 % c. 85 %).

Les recours à un test de dépistage du cancer du col (PAP) et à la mammographie sont étroitement reliés entre eux : nous retrouvons davantage de femmes ayant passé une mammographie chez celles qui ont eu le test PAP que chez celles qui ne l'ont pas eu (91 % c. 65 %). Nous remarquons le même comportement de la part des femmes québécoises, montréalaises ou celles des trois régions urbaines réunies.

Les fumeuses actuelles (« régulières ou occasionnelles ») sont proportionnellement moins nombreuses que les anciennes fumeuses ou les femmes n'ayant jamais fumé à avoir passé une mammographie (83 % c. 92 % et 87 % respectivement). À ce même chapitre, les fumeuses actuelles québécoises se démarquent des anciennes fumeuses uniquement (80 % c. 91 % respectivement).

Les femmes inactives pendant leurs loisirs ont, par ailleurs, tendance à être moins enclines à passer une mammographie que les autres (actives ou modérément actives) (88 % c. 90 %) ($p=0,078$). Il en est de même pour les femmes de poids insuffisant (83 % c. 88 %-91 % pour les autres) ($p=0,077$). À l'échelle québécoise, les femmes de poids insuffisant enregistrent un taux de mammographie inférieur à celui des femmes obèses (75 % c. 93 %)

Tableau 5 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant déjà passé une mammographie selon certaines caractéristiques, Canada, Québec, régions de Montréal, Toronto et Vancouver, 2008

Caractéristique	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
Groupe d'âge	***				
50-54 ans	82,8 (80,3-85,1)	79,2 (72,1-84,8)	78,1 (57,4-90,4)	88,8 (75,7-95,2)	81,5 (49,7-95,1)
55-59 ans	90,7 (88,6-92,5)	92,2 (89-94,5)	88,1 (77-94,2)	91,8 (71,2-98,1)	93,5 (69,8-98,9)
60-64 ans	91,3 (89,4-92,9)	90,9 (86-94,1)	88,5 (70,3-96,2)	88,3 (74,3-95,2)	98,6 (92,6-99,7)
65-69 ans	91,3 (89,1-93)	92,5 (87,7-95,5)	90,5 (64,8-98)	95,6 (83,8-98,9)	85 (58,6-95,7)
État civil	*				
Mariée ou en union libre	89,2 (88-90,4)	88,9 (85,7-91,5)	89,3 (79,1-94,9)	92,3 (86-95,9)	95,2 (85,9-98,5)
Veuve divorcée séparée	87,7 (84,8-90,1)	87,3 (80,3-92,1)	81,7 (62,2-92,4)	82,7 (57-94,5)	75 (40,4-93)
Célibataire (jamais mariée)	82,8 (78,3-86,5)	79,7 (70,8-86,4)	82,7 (67,5-91,7)	97,7 (82,2-99,8)	82,6 (44,1-96,6)
Zone de résidence					
Urbaine	88,7 (87,4-89,9)	88,2 (85-90,7)			
Rurale	87,6 (85,7-89,2)	85,5 (80-89,7)			
Pays de naissance	***	*		*	0,6084
Canada	90,1 (89,1-90,9)	89,2 (86,6-91,4)	89,4 (81,7-94,1)	96,8 (90,5-98,9)	91,7 (75,3-97,5)
Ailleurs	84,6 (81,3-87,5)	77,5 (62,9-87,5)	78,7 (59,1-90,4)	87,8 (77,1-93,9)	87,6 (67,7-96)
Lieu de naissance	(p=0,0001)	(p=0,0004)	(p=0,0037)	(p=0,0709)	
Amérique du Nord	90,0 (89,1-90,9)	89,3 (86,7-91,4)	89,5 (82-94,1)	96,9 (91-99)	91,9 (76-97,6)
Europe	88,9 (85,2-91,8)	77,3 (58,7-89,2)	88,8 (62,9-97,4)	91,1 (77,4-96,8)	91,1 (52,5-99)
Asie	79,0 (71,8-84,7)	...	...	82,2 (60,3-93,3)	85,8 (60,2-96)
Autre	82,9 (71,6-90,3)	64,6 (43,8-81)	58,2 (29,8-82)	93,2 (77,5-98,2)	100
Immigrante récente (<10 ans ici)	53,4 (35,6-70,3)	...	...	...	...
Immigrante de longue date (>= 10 ans)	87,1 (84-89,7)	80,9 (65,3-90,5)	81,5 (59,6-93)	92,6 (85,7-96,3)	86,4 (65,2-95,6)
Non-migrante	90,0 (89,1-90,9)	89,0 (86,5-91,1)	89,3 (81,9-93,9)	96,2 (90,2-98,6)	92,7 (78,1-97,8)
Niveau de scolarité	(p=0,0000)	(p=0,3222)	(p=0,0526)	P=0,0313	0,6328
Sans diplôme d'études secondaires	83,1 (79,8-85,9)	84,2 (77,3-89,3)	69,9 (42,2-88,1)	76,1 (46,6-92)	86,9 (53-97,5)
Plus d'un diplôme d'études secondaires	89,4 (87,3-91,2)	88,5 (82,1-92,9)	81,8 (61,7-92,6)	93,2 (80,5-97,9)	84,2 (46,8-97)
Études postsecondaires	90,2 (88,9-91,4)	89,0 (85,3-91,8)	91,4 (83,5-95,7)	94,5 (88,3-97,5)	92,3 (79,4-97,4)
Quintile de revenu	***	***		***	
Q1 (Faible)	82,5 (78,6-85,8)	81,4 (72,4-88)	64,5 (36,1-85,4)	66,7 (39,9-85,8)	60,6 (25-87,6)
Q2	89,2 (86,4-91,6)	83,4 (75,9-88,9)	83,9 (62,6-94,2)	95,2 (81,1-98,9)	86,7 (47,7-97,9)
Q3	92,2 (90,1-93,8)	91,8 (86,3-95,2)	85,8 (63,4-95,5)	98,8 (81,5-99,9)	100
Q4	90,7 (88,2-92,7)	94,1 (89,3-95,2)	91,7 (59,3-98,8)	93 (75,5-98,3)	89,8 (57,7-98,3)
Q5 (élevé)	91,9 (89,7-93,6)	94,5 (90,8-96,7)	96,2 (83,2-99,3)	94,9 (82-98,7)	97 (72-99,8)
État de santé perçu	*		***		
Excellent	88,0 (85,2-90,3)	85,6 (78,4-90,7)	84,7 (66-94)	94,3 (79,5-98,6)	100
Très bon	89,5 (87,6-91,2)	91,7 (88,2-94,2)	97,7 (93,2-99,2)	85,3 (67-94,3)	80,8 (39-96,5)
Bon	87,7 (85,4-89,6)	85,3 (79,1-89,9)	76,2 (54,8-89,4)	89,3 (78,9-94,9)	91,1 (76,8-96,9)
Passable	91,1 (88,4-93,2)	90,0 (81,4-94,9)	87,9 (64,5-96,7)	99 (91,9-99,9)	83,7 (40,8-97,5)
Mauvais	82,8 (75,8-88)	77,5 (59-89,2)	67,4 (36,2-88,3)	100	...

Tableau 5 (suite)

Caractéristique	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
Avoir un médecin de famille	***	***	*		
Oui	90,0 (88,9-90,9)	91,1 (88,7-93)	90,0 (83-94,3)	90,9 (83,8-95)	88,9 (75,4-95,5)
Non	71,1 (64,9-76,6)	66,5 (54,9-76,3)	69,6 (44,6-86,7)	88,8 (44,2-98,8)	97,9 (11,4-100)
Avoir vu un médecin la dernière année	***	***	***	***	
Oui	90,4 (89,4-91,4)	90,0 (87-92,4)	86,3 (76,6-92,3)	94,1 (89,6-96,7)	89,1 (73,8-96)
Non	76,0 (72,1-79,5)	74,3 (66,4-80,9)	81,1 (58,9-92,8)	61,2 (29,1-85,8)	91,2 (68,0-98,1)
Stress quotidien perçu		*		*	*
Faible	87,7 (85,7-89,4)	86,4 (81,6-90,2)	82,6 (65,6-92,2)	89,7 (80,6-94,8)	92,3 (73,4-98,1)
Moyen	88,2 (86,3-89,8)	88,1 (82,9-91,8)	86,4 (72,4-93,9)	85,6 (69,1-94)	96,8 (87,9-99,2)
Élevé	90,4 (88,3-92,1)	89,2 (84,4-92,6)	88,3 (75,7-94,8)	99,1 (93,6-99,9)	73,1 (40,5-91,6)
Sentiment d'appartenance à la communauté				*	
Fort	88,9 (87,5-90,1)	86,1 (81,6-89,6)	81,8 (68,3-90,3)	95,1 (89,1-97,9)	90,2 (69,8-97,4)
Faible	87,7 (85,6-89,4)	89,4 (86,3-91,8)	89,8 (81,5-94,6)	82,2 (65,8-91,7)	84,9 (62,4-95)
Type de fumeuse	***	**			
Actuelle	83,5 (80,8-85,8)	80,0 (73,2-85,4)	85,9 (73,3-93,2)	96,9 (75,6-99,7)	94,5 (43,4-99,7)
Ancienne	91,6 (90,2-92,8)	91,1 (87,6-93,7)	86,3 (69,9-94,4)	94,7 (83,5-98,5)	88,1 (68,6-96,8)
Jamais fumé	87,2 (84,9-89,2)	86,9 (81- 91,1)	83,7 (69,2-92,1)	87,4 (75,4-94)	89,1 (68,6-96,8)
Activité de loisir					
Active ou modérément active	89,5 (88-90,8)	87,3 (83-90,6)	81,6 (65,5-91,1)	93,5 (85,1-97,3)	92,9 (82,6-97,3)
Inactive	87,6 (86-89,1)	87,8 (84,1-90,7)	88,3 (79,1-93,7)	89,5 (78,6-95,2)	84,2 (55,3-95,8)
Indice de masse corporelle					
Poids insuffisant	83,2 (74-89,6)	75,1 (53,7-88,7)	87,2 (21-99,4)	76,5 (37,9-94,6)	100
Poids normal	88,2 (86,3-89,8)	86,7 (82,5-90)	83,2 (72,1-90,4)	89,5 (75,4-96)	86,4 (67,8-95,1)
Embonpoint	88,4 (86,5-90,1)	89,3 (85-92,5)	92,1 (79,7-97,2)	91,3 (80,7-96,4)	93,2 (75,2-98,4)
Obèse	90,9 (89-92,6)	92,6 (87,5-95,7)	94,7 (77,6-98,9)	95,3 (74,9-99,3)	94,7 (53,4-99,6)
Souffre d'un cancer	***	**			
Oui	98,4 (97-99,1)	100	...	100	100
Non	88,0 (86,9-89)	87,1 (84,2-89,4)	84,7 (76-90,6)	90,4 (83,2-94,7)	88,8 (75,1-95,4)
Déjà passé un test PAP	***	***	***	***	
Oui	90,6 (89,7-91,4)	90,2 (87,6-92,3)	91,9 (85,9-95,5)	95,6 (91-97,9)	90,5 (75,2-96,8)
Non	65,1 (58,2-71,4)	71,6 (60,9-80,3)	48,8 (23,8-74,5)	63,3 (31,5-86,6)	83 (45,5-96,6)
Nombre de problèmes chroniques	***	*		*	
Aucun	84,7 (82,3-86,8)	84,8 (79,4-89)	88,4 (73,5-95,4)	78,1 (56,7-90,6)	84,8 (43,8-97,6)
Au moins un	89,9 (88,6-91)	88,9 (85,4-91,6)	84,1 (73,3-91,1)	94,9 (90,1-97,4)	91,2 (81,4-96,1)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 % et 33,3 % : 16,6 % < cv <= 33,3 %).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05 (p = niveau de signification statistique)

6.6 Temps écoulé depuis le dernier examen de mammographie

Comme mentionné précédemment (aspects méthodologiques), le temps écoulé depuis la dernière mammographie a été regroupé de façon à le rendre compatible aux directives canadiennes. Nous nous intéressons alors principalement à la proportion des femmes ayant eu leur dernier examen radiographique du sein à l'intérieur d'une période de deux ans.

Son calcul peut porter autant sur les femmes ayant répondu avoir déjà subi un tel examen dans le passé qu'à toutes les femmes ayant déjà eu une mammographie. Dans ce dernier cas, une catégorie supplémentaire correspondant aux femmes qui n'ont jamais eu une mammographie fait partie de la distribution des réponses. Voici, à tour de rôle, les résultats obtenus selon les deux modes de calcul.

Dans l'ensemble du Canada tout comme au Québec, au moins huit femmes sur dix ont rapporté avoir passé cet examen dans le délai recommandé (tableau 6). Nous constatons, cependant, à l'échelle nationale une légère tendance à la baisse entre la première enquête et les enquêtes subséquentes (84 % en 2001 c. 81-82 % en 2003, 2005 et 2008).

La population féminine des trois grandes régions traitées ici se conforme aux lignes directrices en la matière en des proportions semblables, surtout à Montréal et Toronto et dans une moindre mesure à Vancouver. À chacune des enquêtes, les différences entre les trois régions ne sont pas importantes sur le plan statistique. À la dernière enquête, les trois régions se rejoignent et atteignent le même niveau de grandeur que l'ensemble des femmes canadiennes.

Tableau 6 - Proportion (en %) des femmes ayant passé leur dernière mammographie à l'intérieur d'une période de deux ans selon le territoire et l'année d'enquête

Année d'enquête	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
2001	84,2 (83,3-85)	82,9 (81,2-84,5)	81,1 (76,5-85)	89,6 (84,2-93,3)	83,1 (77,2-87,8)
2003	81,4 (80,5-82,3)	80,6 (79-82,2)	76,8 (71-81,7)	82,5 (77,7-86,5)	81,0 (72,2-87,6)
2005	80,7 (79,8-81,6)	80,7 (79-82,2)	77,4 (72,8-81,5)	87,2 (81,8-91,2)	77,1 (64,1-86,4)
2008	81,9 (80,7-83,1)	84,4 (81,7-86,8)	79,0 (69,4-86,1)	82,0 (74,3-87,7)	81,5 (67-90,6)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008
Notes:

- seules les femmes ayant déjà passé une mammographie sont retenues dans ces calculs.
- la proportion complémentaire à 100 représente les femmes ayant passé une mammographie il y a plus de deux ans
- Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

L'inclusion des femmes n'ayant jamais subi de test de mammographie ne fait que modifier vers la baisse la proportion de celles ayant passé le plus récent test, peu importe le moment (soit il y a moins de deux ans ou plus de deux ans). Comme la proportion des femmes qui n'ont jamais eu de mammographie n'a pas

varié beaucoup d'une enquête à l'autre (restée entre 13,7 % et 10,8 %), le sens des résultats est demeuré pratiquement similaire à celui obtenu selon la première méthode de calcul.

Il en ressort qu'environ sept femmes sur dix ont eu leur plus récente mammographie à l'intérieur de deux ans (tableau 7). Il importe de souligner que l'objectif des programmes de dépistage vise un minimum de 70 % pour arriver à une réduction de 20 à 30 % sur dix ans de la mortalité par cancer du sein. Nous ne sommes peut-être pas trop loin, mais il faut souligner que les réponses portent sur toutes les mammographies pratiquées, autant de dépistage que de diagnostic.

Tableau 7 - Prévalence (en %) de la mammographie au cours des deux dernières années chez les femmes de 50 à 69 ans selon le territoire et l'année d'enquête

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	72,6 (71,6-73,6)	72,4 (71,3-73,5)	72,0 (71,1-72,9)	72,5 (71-73,8)
Québec	74,2(72,2-76,8)	72,8 (71-74,5)	74,0 (72,3-75,7)	73,9 (70,5-77)
Montréal	71,1 (66,4-75,5)	66,5 (60,6-72)	70,2 (65,5-74,5)	67,4 (57,9-75,7)
Toronto	72,9 (66,3-78,7)	74,4 (68,3-79,8)	77,9 (71,6-83,2)	74,4 (66,2-81,3)
Vancouver	62,0 (51,4-71,6)	68,4 (61,2-74,8)	63,9 (53,3-73,3)	72,8 (58-83,8)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Note : Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

Les deux tableaux suivants (8 et 9) nous renseignent un peu plus sur ce sujet. Si nous nous fions aux réponses relatives aux mammographies dans le cadre d'un examen régulier, nous sommes relativement loin de l'objectif ciblé, puisqu'une femme sur deux respecte l'intervalle recommandé. Seule la région de Toronto affiche une meilleure image et présente vers la fin de la période une stabilisation du taux correspondant. C'est tout à fait l'inverse qui se produit dans la région de Montréal, avec un taux plus faible aux trois dernières enquêtes (moins d'une femme sur deux).

La situation s'améliore partout si nous considérons les mammographies à des fins de dépistage : au moins six femmes sur dix y ont eu recours les deux dernières années. À ce chapitre, Vancouver fait meilleure figure, car nous y retrouverions presque sept femmes sur dix, donc objectif pratiquement atteint. Il s'agit évidemment d'un taux maximal.

Tableau 8 - Prévalence (en %) de la mammographie au cours des deux dernières années dans le cadre d'un examen régulier chez les femmes de 50 à 69 ans selon le territoire et l'année d'enquête

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	54,1 (53-55,3)	50,3 (49,1-51,5)	52,0 (50,9-53)	53,8 (52,2-55,5)
Québec	55,1(52,8-57,3)	48,8 (46,7-50,9)	51,4 (49,4-53,4)	52,0 (48,6-55,4)
Montréal	58,2 (53,8-62,6)	47,0 (40,4-53,7)	47,0 (41,9-52,1)	44,7 (35,8-53,9)
Toronto	55,6 (48,9-62,1)	55,0 (47,1-62,6)	60,3 (53,1-67)	60,4 (51,2-68,8)
Vancouver	50,7 (40,5-60,9)	50,1 (40,8-59,5)	46,4 (36,4-56,6)	51,0 (37,4-64,5)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Note : Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

Tableau 9 - Prévalence (en %) de la mammographie au cours des deux dernières années dans le cadre d'activités de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans selon le territoire et l'année d'enquête

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	62,5 (61,4-63,6)	55,8 (54,6-57)	60,8 (59,8-61,9)	62,4 (60,9-64)
Québec	64,5 (62,4-66,7)	55,8 (53,6-57,9)	61,3 (59,4-63,1)	64,0 (60,6-67,2)
Montréal	63,6 (58,0-68)	49,2 (42,9-55,6)	57,0 (52,1-61,8)	60,3 (51,4-68,5)
Toronto	63,5 (56,8-69,7)	58,6 (51,1-65,8)	70,3 (63,2-76,5)	62,9 (53,7-71,3)
Vancouver	55,5 (45,5-65)	53,7 (44,4-62,8)	58,9 (48,7-68,5)	69,3 (55,2-80,5)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Note : Entre parenthèses figurent les intervalles de confiance au niveau de 95 %

6.7 Raisons évoquées de ne pas avoir passé un test de mammographie au cours des deux dernières années

Dans le cadre de toutes les enquêtes traitées ici, on a demandé aux femmes qui n'ont pas subi une mammographie au cours des deux dernières années pourquoi elles ne l'ont pas fait. Il importe de souligner que seules les femmes ayant déjà passé une mammographie sont visées par cette question. Dans toutes les enquêtes, environ quatre femmes sur dix « ne croient pas que cet examen soit nécessaire » (tableau 10).

Cette raison, plus importante en 2003 (46 %), mais plus faible en 2005 (36 %) et 2008 (37 %), vient en tête de liste de toutes les raisons évoquées par les femmes concernées.

Tableau 10 - Raisons évoquées par les femmes de 50 à 69 ans de ne pas avoir passé une mammographie récente (au cours des deux dernières années) selon le territoire et l'année d'enquête

ESCC 2001

Raison de ne pas avoir passé une mammographie récente	Canada (n=4 665)	Québec (n=832)	Montréal (n=102)	Toronto (n=69)	Vancouver (n=34)
1. N'a pas eu l'occasion de s'en occuper	33,2 (31,1-35,3)	30,4 (26,7-34,4)	30,9 (21,7-41,8)	28,1 (16,5-43,6)	35,9 (23,1-51,1)
2. Pas nécessaire – selon la répondante	40,0 (37,8-42,2)	45,3 (41,5-49,1)	40,0 (50,3-69)	43,6 (29,5-58,8)	41,6 (23-63)
3. Pas nécessaire - selon le médecin	16,4 (14,8-18,1)	10,3 (8,2-12,9)	11,0 (6,5-18,2)	25,8 (15,9-38,9)	...
4. Responsabilités personnelles ou familiales	0,8 (0,5-1,4)	...	...	...	...
5. Service non disponible – lorsqu'il était requis	1,2 (0,8-1,9)	...	...	...	...
6. Service non disponible – dans la région	1,8 (1,3-2,6)	1,0 (0,6-1,7)	...	...	...
7. Délai d'attente trop long	1,0 (0,6-1,5)	...	...	...	...
8. Problèmes – de transport	0,5 (0,3-0,9)	...	...	...	...
9. Problème – de langue	---	...	...	...	...
10. Coût	0,1 (0,07-0,24)	...	...	...	...
11. Ne savait pas où aller / mal informée	0,5 (0,3-0,8)	...	...	...	...
12. Peur	7,5 (6,4-8,7)	7,4 (5,7-9,7)	9,5 (5,4-16,3)	...	...
13. Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé	†	†	†	†	†
14. A eu une ablation de sein / mastectomie	†	†	†	†	†
15. Autre	1,4 (1-1,9)	2,0 (1,4-2,8)	...	...	...
Regroupement					
(5, 6, 7,11) : problème d'accès	4,3 (3,5-5,4)	4,4 (2,9-6,8)	...	...	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 et 33,3 $16,6 < cv \leq 33,3$).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3)

† Question non posée.

Tableau 10 (suite) - ESCC 2003

Raison de ne pas avoir passé une mammographie récente	Canada (n=5 683)	Québec (n=1 196)	Montréal (n=115)	Toronto (n=117)	Vancouver (n=50)
1. N'a pas eu l'occasion de s'en occuper	28,7 (26,7-30,8)	19,1 (16,1-22,5)	22,9 (14,9-33,4)	35,7 (26,2-46,5)	...
2. Pas nécessaire – selon la répondante	45,6 (43,4-47,9)	56,6 (52,1-60,8)	53,2 (43-63,3)	38,5 (26,5-52,2)	53,0 (37,3-68,2)
3. Pas nécessaire - selon le médecin	18,0 (16,3-19,7)	16,3 (13,4-19,6)	20,3 (14,6-27,6)	23,9 (15,4-35)	...
4. Responsabilités personnelles ou familiales	<i>0,8 (0,5-1,5)</i>	<i>0,9 (0,6-1,4)</i>	...	...	...
5. Service non disponible – lorsqu'il était requis	<i>0,8 (0,5-1,3)</i>	<i>0,7 (0,4-1,2)</i>	...	...	...
6. Service non disponible – dans la région	<i>1,1 (0,7-1,6)</i>	...	...	...	...
7. Délai d'attente trop long	1,0 (0,7-1,3)	2,7 (1,9-3,9)	...	...	...
8. Problèmes – de transport	<i>0,4 (0,3-0,8)</i>	...	...	...	...
9. Problème – de langue	...	...	...	...	...
10. Coût	<i>0,3 (0,2-0,4)</i>	...	...	...	...
11. Ne savait pas où aller / mal informée	2,1 (1,5-2,8)	1,5 (0,8-2,8)	...	...	...
12. Peur	7,9 (6,8-9,3)	8,4 (6,3-11,2)	8,5 (4,8-14,4)	...	...
13. Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé	...	...	...	...	...
14. A eu une ablation de sein / mastectomie	†	†	†	†	†
15. Autre	1,9 (1,3-2,8)	...	...	...	...
Regroupement					
(5, 6, 7,11) : problème d'accès	4,7 (3,9-5,7)	5,2 (3,7-7,3)	...	...	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 et 33,3 16,6 < cv <= 33,3).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3)

† Question non posée.

Tableau 10 (suite) - ESCC 2005

Raison de ne pas avoir passé une mammographie récente	Canada (n=5 813)	Québec (n=1 287)	Montréal (n=234)	Toronto (n=85)	Vancouver (n=68)
1. N'a pas eu l'occasion de s'en occuper	29,3 (27,5-31,1)	20,5 (17,6-23,8)	22,9 (16,6-30,8)	21,4 (12,2-34,7)	25,4 (13,3-43)
2. Pas nécessaire – selon la répondante	35,7 (33,8-37,7)	38,0 (34,1-42,1)	36,0 (28,1-71,9)	45,6 (34,5-57,1)	45,2 (31-60,2)
3. Pas nécessaire - selon le médecin	14,3 (13,1-15,6)	12,8 (10,6-15,4)	13,7 (7,7-23,1)	11,3 (7,5-16,8)	...
4. Responsabilités personnelles ou familiales	0,5 (0,3-0,9)	...	...	...	...
5. Service non disponible – lorsqu'il était requis	0,6 (0,3-1)	...	...	...	...
6. Service non disponible – dans la région	...	0,8 (0,5-1,2)	...	...	...
7. Délai d'attente trop long	0,8 (0,5-1,1)	2,1 (1,3-3,4)	...	...	...
8. Problèmes – de transport	...	0,9 (0,6-1,3)	...	...	...
9. Problème – de langue	...	...	...	...	...
10. Coût	...	...	...	...	...
11. Ne savait pas où aller / mal informée	1,1(0,8-1,7)	1,2 (0,7-2)	...	...	...
12. Peur	5,9 (4,8-7,3)	8,6 (6,9-10,7)	9,4 (5,4-15,8)	...	...
13. Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé	0,7 (0,4-1,2)	...	...	...	...
14. A eu une ablation de sein / mastectomie	18,2 (16,7-19,7)	20,1 (16,7-24)	18,0 (12,6-25,1)	20,6 (11,4-34,3)	22,0 (12,4-36,1)
15. Autre	...	...	...	...	...
Regroupement					
(5, 6, 7,11) : problème d'accès	3,1 (2,3-4)	4,4 (2,9-6,8)	...	...	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 et 33,3 :

16,6 < cv <= 33,3).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3)

Tableau 10 (suite) - ESCC 2008

Raison de ne pas avoir passé une mammographie récente	Canada (n=3 098)	Québec (n=562)	Montréal (n=65)	Toronto (n=87)	Vancouver (n=31)
1. N'a pas eu l'occasion de s'en occuper	33,4 (30,6-36,3)	24,7 (18,9-31,7)	36,9 (21,3-55,8)	22,7 (11,9-39)	51,3 (28,1-73,9)
2. Pas nécessaire – selon la répondante	36,9 (33,9-40,1)	40,2 (33,4-47,3)	38,0 (23-55,7)	34,6 (19,8-53,1)	51,5 (26,4-75,9)
3. Pas nécessaire - selon le médecin	13,5 (11,6-15,7)	7,0 (4,5-10,8)	...	28,1 (14,2-48)	...
4. Responsabilités personnelles ou familiales	1,1 (0,7-1,6)	...	...	...	...
5. Service non disponible – lorsqu'il était requis	1,9 (1,3-2,8)	...	...	...	...
6. Service non disponible – dans la région	1,1 (0,7-1,64)	...	...	...	...
7. Délai d'attente trop long	1,3 (0,8-2,1)	...	...	...	...
8. Problèmes – de transport	...	...	...	...	...

Raison de ne pas avoir passé une mammographie récente	Canada (n=3 098)	Québec (n=562)	Montréal (n=65)	Toronto (n=87)	Vancouver (n=31)
9. Problème – de langue	...	...	...	...	...
10. Coût	...	...	...	...	...
11. Ne savait pas où aller / mal informée	2,6 (1,6-4,2)	...	...	...	...
12. Peur	8,4 (7-10,1)	10,0 (6,7-14,6)	...	...	...
13. Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé	...	...	...	...	...
14. A eu une ablation de sein / mastectomie	0,8 (0,5-1,4)	...	...	...	...
15. Autre	6,7 (5,2-8,5)	10,3 (6-17,1)	...	...	...
Regroupement					
(5, 6, 7,11) : problème d'accès	6,5 (5,1-8,3)	12,4 (7,8-19,1)	...	...	...

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 et 33,3 :

16,6 < cv <= 33,3).

... N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3)

Une proportion un peu moins élevée des femmes ont mentionné qu'elles « n'ont pas eu le temps de s'en occuper »; il s'agissait d'une femme sur trois en 2001 et 2008 (33 %), mais un peu moins en 2003 et 2005 (29 % dans les deux cas).

La proportion des femmes ayant déclaré que le médecin n'a pas jugé que cet examen était nécessaire a légèrement baissé entre 2001 et 2008 (passant de 16,4 % à 13,5 %)

Enfin, relativement peu de femmes ont rapporté la peur (environ 6 à 8 % dépendant de l'enquête) et encore moins (3 à 6,5 %), les problèmes d'accès aux services de santé en tant que raisons de ne pas avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années.

En 2005, une nouvelle raison était ajoutée au questionnaire, portant sur l'ablation du sein (mastectomie). Une bonne proportion (18 %) de femmes l'ont mentionnée, mais son importance était à peine 1 % à l'enquête de 2008. Nous avons beaucoup de difficultés à expliquer ce qui s'est passé en 2005. Comme cette raison était nouvelle en 2005, nous avons pensé qu'aux enquêtes précédentes elle aurait pu faire partie de la catégorie « Autre raison », où à peine 2 % d'entre elles l'avaient rapportée.

Les mêmes raisons reviennent tant chez les femmes québécoises, montréalaises, torontoises ou de Vancouver, dans le même ordre d'importance, mais des fluctuations notables caractérisent surtout les trois derniers territoires. Mentionnons, cependant qu'une forte proportion de Québécoises ou de Montréalaises (au-delà d'une femme sur deux) ont déclaré en 2003 qu'elles n'ont pas jugé nécessaire de passer une mammographie à l'intérieur de la période recommandée. Pendant la même année, elles ont été

proportionnellement moins nombreuses à déclarer qu'elles n'ont pas eu le temps de s'en occuper (20 et 23 % respectivement).

Compte tenu de la proportion élevée de femmes croyant que le recours à la mammographie n'est pas nécessaire, nous nous sommes intéressés à l'étude de leurs caractéristiques un peu plus en détail en faisant appel à la régression logistique multivariée. Nous avons alors constaté (voir tableau A4 en annexe) que les femmes célibataires ou encore celles nées en Asie ou ailleurs qu'en Europe ou en Amérique du Nord ou pas du tout stressées dans leur vie quotidienne ou enfin non atteintes d'un cancer sont plus enclines à manifester cette « croyance ».

6.8 Facteurs associés aux examens de mammographie au cours des deux dernières années

Au risque de nous répéter, nous devons mentionner que nous ne retenons dans cette analyse que les femmes ayant déjà passé une mammographie au cours de leur vie.

Les facteurs qui leur sont associés ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux portant sur toutes les femmes ciblées par le programme de dépistage et à qui on a demandé si elles avaient déjà passé une mammographie.

L'âge, par exemple, s'est révélé important dans le choix de passer une mammographie, mais il n'est plus associé au temps écoulé depuis la dernière fois que celle-ci a eu lieu. Peu importe le groupe d'âge, la proportion des femmes ayant passé une mammographie au cours des deux dernières années est pratiquement la même (elle varie de 80 % à 84 %) (tableau 11).

Toutes proportions gardées, les femmes vivant en couple sont un peu plus nombreuses à respecter les lignes directrices en la matière que les femmes divorcées, séparées ou veuves (83 % c. 78 %).

Le fait de vivre en zone urbaine (plutôt qu'en zone rurale) ou d'être née au pays (plutôt qu'à l'étranger) n'influence pas du tout le moment de passer une mammographie

Le niveau de scolarité ou de revenu du ménage demeurent en tant que facteurs importants quant au moment de passer une mammographie : les plus éduquées respectent davantage les consignes de passer une mammographie dans l'intervalle de deux ans (83 % c. 77 %), tout comme les femmes dont le revenu se situe dans les quintiles supérieurs au premier (considéré le plus faible) (proportions supérieures à 81 % c. 74 % respectivement)

Les femmes ayant un médecin de famille ou en ayant visité un l'année avant l'entrevue sont nettement plus nombreuses à respecter le délai recommandé pour passer une mammographie que les autres (proportions supérieures à 83 % c. à peine 63 % respectivement). Qui plus est, la proportion de femmes qui n'ont pas de médecin de famille et qui n'en ont pas consulté un au cours des 12 derniers mois est inquiétante (46 %).

Les femmes ayant rapporté un excellent ou très bon état de santé sont proportionnellement plus nombreuses à se soumettre à une mammographie au cours des deux dernières années que les autres (84 % c. 80 %).

Les femmes atteintes de cancer suivent davantage les directives de la Société canadienne du cancer, 87 % d'entre elles ont eu une mammographie les deux dernières années contre 82 % pour les autres.

Le fait d'avoir au moins un problème de santé chronique n'a pas d'importance quant au moment de passer une mammographie ($p=0,7708$).

Les fumeuses actuelles (assidues ou occasionnelles) sont nettement moins enclines à recourir au test de mammographie aux deux ans que les autres (74 % c. 84 % respectivement) ($p=0,0000$). Il en est ainsi, mais dans une mesure nettement moindre, pour les femmes inactives durant leurs loisirs (81 % c. 83 % pour les autres) ($p=0,0353$).

Peu importe le poids (indice de masse corporelle), le recours à la mammographie au cours des deux dernières années est semblable d'une catégorie à l'autre (entre 80 % et 84 %; $p=0,26$).

Enfin, la dernière fois qu'une femme a passé un test PAP est fortement reliée au moment de la mammographie la plus récente : environ neuf femmes sur dix de celles ayant eu leur test PAP au cours des trois dernières années ont passé leur mammographie dans l'intervalle recommandée (moins de 2 ans), comparativement à presque deux sur trois chez celles ayant eu leur test PAP il y a plus de 3 ans.

Plusieurs de ces constatations se répètent chez les femmes québécoises et vont dans le même sens que pour toutes les Canadiennes. Le pays de naissance, le fait d'avoir un médecin régulier ou d'en avoir visité un l'année précédente, être atteinte d'un cancer et avoir passé un test PAP récemment (moins de trois ans) sont les facteurs les plus fortement associés au phénomène étudié (avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années).

La détection de facteurs significatifs à l'échelle des trois régions urbaines est compromise par la faiblesse des effectifs d'échantillon respectifs. Ressortent du lot le fait d'avoir un médecin de famille (à peine pour la région de Montréal, $p=0,06$), d'en avoir visité un 12 mois auparavant, le statut de fumeuse (sauf pour Montréal), et d'avoir été soumise à un test de PAP récemment.

Tableau 11 - Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours des deux dernières années selon certaines caractéristiques, Canada, Québec, régions de Montréal, Toronto et Vancouver, 2008

Caractéristique	Canada (n=10 255)	Québec (n=2 092)	Montréal (n=214)	Toronto (n=313)	Vancouver (n=102)
Groupe d'âge					
50-54 ans	81,2 (78,7-83,5)	85,0 (79,2-89,5)	77,5 (55,8-90,4)	83,4 (70,6-91,3)	80,4 (55,7-93)
55-59 ans	82,5 (79,8-84,9)	83,5 (76,9-88,5)	79,6 (58,3-91,6)	79,8 (62-90,6)	87,2 (59,7-96,9)
60-64 ans	83,5 (81,2-85,5)	85,2 (79,9-89,3)	77,1 (57,4-89,4)	87,1 (76,9-93,2)	70,8 (39,9-89,8)
65-69 ans	80,2 (77,3-82,8)	83,8 (78,1-88,2)	83,2 (65,5-92,8)	78 (60,9-89)	90 (56,4-98,4)
État civil	**				
Mariée ou en union libre	83,2 (81,7-84,7)	86,3 (82,6-89,3)	74,6 (58,2-86,1)	83,9 (72,9-90,9)	80,4 (63-90,8)
Veuve-divorcée-séparée	78,2 (75,2-80,8)	79,9 (74,4-84,5)	82,4 (69,2-90,7)	74,1 (58,8-85,2)	87,8 (61,4-97)
Célibataire (jamais mariée)	81,3 (77,7-84,4)	83,7 (77,4-88,7)	84,5 (69,3-92,9)	84,9 (69,8-93,2)	78,1 (45,8-93,8)
Zone de résidence					
Urbaine	82,1 (80,6-83,5)	83,9 (80,5-86,8)			
Rurale	81,3 (79,4-83,2)	86,3 (82-89,8)			
Pays de naissance		*			
Canada	82,4 (81,1-83,6)	85,7 (83,2-87,9)	83,5 (73,7-90,1)	72,7 (58,1-83,7)	73,7 (55-86,5)
Ailleurs	80,2 (76,8-83,2)	72,1 (56,1-83,9)	69,1 (47,8-84,6)	86,2 (76,8-92,2)	85,5 (61,7-95,5)
Lieu de naissance		**	**		
Amérique du Nord	82,3 (81-83,6)	85,8 (83,3-88)	84,4 (75-90,8)	73,1 (59,1-83,6)	74,6 (56,2-87,1)
Europe	76,0 (71,5-80)	60,9 (40-78,4)	52,6 (23,6-79,9)	83,2 (69,9-91,4)	73,1 (30,2-94,5)
Asie	83,1 (75,5-88,7)	59,8 (24,9-87)	...	92,2 (82-96,8)	87,9 (57,5-97,5)
Autre	85,7 (74,4-92,5)	94,4 (82,7-98,4)	98,2 (86,1-99,8)	83,7 (48,5-96,5)	100
Statut de résidence		**	*		*
Immigrante récente (<10 ans ici)	79,8 (60,4-91)	...	...	...	...
Immigrante de longue date (>= 10 ans)	80,3 (76,8-83,4)	70,9 (54,1-83,5)	66,7 (44,7-83,3)	86 (7,68-24,2)	88,8 (69,4-96,5)
Non-migrante	82,3 (81-83,6)	85,9 (83,4-88)	84,0 (74,6-90,4)	75,2 (62-84,9)	77,2 (60,1-88,4)
Niveau de scolarité	**				
Sans diplôme d'études secondaires	76,9 (73,9-79,7)	81,0 (76,1-85,1)	78,1 (60,4-89,3)	86,7 (71,2-94,5)	...
Plus d'un diplôme d'études secondaires	83,4 (80,9-85,6)	86,8 (80,1-91,4)	73,8 (42,3-91,5)	76 (57,9-87,9)	85,2 (63,8-94,9)
Études postsecondaires	82,6 (80,8-84,2)	84,4 (80,2-87,9)	80,1 (68-88,5)	82,5 (72-89,6)	84 (65,9-93,5)
Quintile de revenu	***				
Q1 (Faible)	74,1 (70,2-77,7)	79,5 (73,2-84,7)	81,1 (65,6-90,7)	74,5 (49,6-89,7)	...
Q2	80,7 (77,5-83,5)	81,2 (73,1-87,3)	67,2 (41,3-85,6)	88,1 (69,5-96)	74 (34,7-93,8)
Q3	83,8 (80,4-86,6)	85,0 (77,3-90,4)	72,2 (44,7-89,3)	96,2 (83,6-99,2)	86,6 (55,7-97,1)
Q4	86,1 (83,7-88,2)	85,4 (76,8-91,1)	77,8 (44,3-93,9)	70,9 (52,2-84,5)	95,5 (61,2-99,7)
Q5 (élevé)	83,6 (80,2-86,5)	89,7 (84,3-93,4)	95,2 (92,6-99,3)	73 (50,1-87,9)	89,8 (37,4-99,2)
Avoir un médecin de famille	***	***		***	*
Oui	83,2 (81,9-84,4)	87,3 (84,5-89,6)	83,1 (72,3-90,3)	83,6 (76-89,1)	84,6 (69,1-93,1)
Non	63,3 (56,7-69,4)	61,4 (49,6-72)	60,3 (34-81,8)	...	...
Avoir vu un médecin la dernière année	***	***	***	***	*
Oui	84,5 (83,2-85,7)	88,8 (86,4-90,8)	86,2 (77,8-91,8)	84,6 (76,4-90,3)	86,4 (70-94,6)
Non	62,7 (58,1-67,1)	56,2 (45,8-66,1)	41,1 (18,9-67,7)	43,6 (24,3-65)	50,2 (21,4-78,8)

Caractéristique	Canada (n=10 255)	Québec (n=2 092)	Montréal (n=214)	Toronto (n=313)	Vancouver (n=102)
État de santé perçu					
Excellent	83,6 (80,4-86,3)	84,0 (76,4-89,5)	74,4 (49,9-89,5)	78,8 (57,4-91,1)	83,7 (52,4-96)
Très bon	83,4 (81,2-85,4)	84,7 (78,9-89,1)	74,9 (56,2-87,4)	74,5 (56,7-86,8)	67,7 (39,2-87,2)
Bon	80,2 (77,8-82,4)	83,5 (78,7-87,4)	77,7 (58,7-89,5)	89,8 (81,7-94,6)	85,9 (55,2-96,8)
Passable	80,8 (76,9-84,1)	86,5 (80,3-90,9)	97,4 (87,5-99,5)	86,5 (65-95,7)	84,9 (38,2-98,1)
Mauvais	78,2 (72,4-83,1)	88,6 (76,4-94,9)	87,4 (52,6-97,7)	81,7 (55,9-94)	...
Stress quotidien perçu					
Faible	83,0 (81-84,8)	83,5 (79,2-87)	77,4 (63-87,3)	90,3 (81,5-95,2)	85,8 (67,3-94,7)
Moyen	81,8 (79,7-83,7)	85,7 (80,8-89,5)	77,6 (58,7-89,4)	75,5 (60,3-86,2)	84,5 (59-95,4)
Élevé	80,7 (77,7-83,4)	84,4 (77,5-89,5)	82,6 (59,6-93,8)	81 (63-91,4)	67,2 (39,4-86,6)
Sentiment d'appartenance à la communauté			*		
Fort	82,4 (80,8-84)	83,9 (79,5-87,5)	69,9 (54,2-82)	84 (9,1-26,8)	81,3 (65,5-90,9)
Faible	81,0 (78,8-83)	84,7 (81-87,8)	89,4 (81,4-94,1)	77,4 (66,2-85,7)	84,4 (59,5-95,3)
Type de fumeuse	(p=0,0000)	(p=0,0789)			(p=0,0010)
Actuelle	74,0 (70,9-76,8)	78,1 (70,3-84-3)	63,1 (40-81,4)	69,9 (47,3-85,7)	94,5 (52,2-47,8)
Ancienne	84,0 (82,3-85,6)	86,1 (82,5-89)	87,1 (75,2-93,8)	79,3 (63-89,6)	96,1 (86,5-99)
Jamais fumé	83,2 (80,9-85,2)	85,7 (79,8=90,1)	77,3 (56,5-89,9)	86,2 (75,4-92,7)	73,2 (52,6-87,1)
Activité de loisir	*				
Active ou modérément active	83,3 (81,6-84,9)	85,1 (81,4-88,2)	87,4 (76,8-93,5)	84,6 (71,4-92,4)	76,3 (58,7-87,9)
Inactive	80,8 (78,9-82,5)	83,9 (79,8-87,3)	73,2 (59,2-83,7)	80,6 (70,5-87,8)	89,4 (65,6-97,4)
Indice de masse corporelle					
Poids insuffisant	83,7 (75-89,7)	93,1 (80,2-97,8)	...	...	100
Poids normal	82,3 (80,2-84,2)	83,9 (79,4-87,6)	80,0 (63,8-90)	83,1 (72,9-90)	80,4 (62,7-90,9)
Embonpoint	83,3 (81-85,3)	86,8 (82,5-90,2)	81,0 (66,8-90)	82,5 (62,9-92,9)	74,9 (43,3-92,1)
Obèse	79,9 (77,1-82,4)	81,7 (73,7-87,6)	77,7 (52,3-91,8)	79 (65,5-88,2)	89,1 (47,5-98,7)
Souffre d'un cancer	**	**			*
Oui	87,0 (82,5-90,5)	95,0 (88,3-98)	94,7 (69,1-99,3)	80,9 (49-94,9)	84 (69,9-92,2)
Non	81,7 (80,3-82,9)	83,9 (81-86,4)	78,1 (68,1-85,6)	82 (73,9-88)	...
Dernier test PAP	***	***	**	***	
< 6 mois	90,7 (88,2-92,8)	91,1 (82,7-95,6)	82,7 (58,4-94,2)	91,7 (80,1-96,8)	85,4 (39,8-98,1)
6 mois à <1 an	92,0 (90,4-93,3)	92,0 (87,5-95)	94,3 (79,3-98,6)	95,9 (82,6-99,1)	83,3 (58,2-94,7)
1 an à <3 ans	80,8 (78,1-83,2)	83,8 (77,4-88,7)	82,3 (64,4-92,3)	80,3 (65,1-89,9)	78,3 (56-91,1)
3 ans à <5 ans	64,5 (58,1-70,4)	76,2 (62,8-85,8)	...	...	...
5 ans ou plus	67,0 (63,5-70,4)	75,1 (67,7-81,2)	59,1 (34,3-80,1)	57,1 (32,9-78,3)	85,3 (50,4-97,1)
<3ans	87,6 (86,3-88,7)	88,9 (85,5-91,6)	86,9 (75,9-93,3)	89,6 (82,5-94)	81,6 (65,9-91,1)
>= 3 ans	66,3 (63,2-69,4)	75,3 (69-80,7)	56,9 (35,8-75,7)	51,3 (32-70,2)	77,7 (44,9-93,7)
Nombre de problèmes chroniques					
Aucun	81,6 (78,7-84,2)	82,4 (76,4-87,2)	75,4 (55,3-88,3)	76,2 (55,5-89,1)	85,2 (56,3-96,2)
Au moins un	82,1 (80,6-83,4)	85,3 (82,1-88)	80,5 (68,8-88,6)	83,5 (74,9-89,5)	80,2 (62,3-90,8)

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 et 33,3 : $16,6 < cv \leq 33,3$).

.. N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3)

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ (p = niveau de signification statistique)

Analyse multivariée

6.9 Mammographie passée

Comme nous l'avons déjà mentionné, le moment du recours à la mammographie la plus récente ne concerne que les femmes ayant déjà passé ce test au cours de leur vie. Un tel enchaînement de questions est assez courant dans beaucoup d'autres sections du questionnaire de l'ESCC, tout comme dans d'autres enquêtes. Nous pourrions alors conceptualiser notre analyse multivariée en deux étapes : identifier, en premier lieu, les caractéristiques des femmes de 50 à 69 ans jouant un rôle important dans la décision ou le choix de passer un test de mammographie et, en second lieu, s'attarder aux caractéristiques équivalentes relativement au temps écoulé depuis le dernier test pour les femmes ayant déjà passé cet examen.

Dans un cas comme dans l'autre, nous faisons appel à la régression logistique multivariée afin de calculer les rapports de cotes, soit d'avoir déjà passé une mammographie ou encore d'en avoir passé une récemment (au cours des deux dernières années) chez les femmes qui avaient déjà subi cet examen.

Les caractéristiques indépendantes retenues ont été choisies en fonction des résultats obtenus lors des analyses bivariées précédentes (partie descriptive du rapport). Les rapports de cote ainsi calculés s'appuient sur des données pondérées et leur degré de variabilité est fondé sur des poids « bootstrap » appropriés.

Les résultats ainsi obtenus figurent au tableau 12 et confirment en quelque sorte ceux de l'analyse descriptive. L'âge, le type du milieu de vie, le revenu du ménage, le statut de « résidence », l'état de santé autorapporté, le recours à un médecin de famille, être atteinte d'un cancer ou d'une autre maladie chronique, le type de fumeur et le recours au test PAP, ces éléments se sont révélés importants pour la mammographie déjà passée.

Plus on avance en âge, plus les chances d'avoir déjà eu une mammographie au cours de sa vie augmentent (rapports de cote variant entre 2,2 et 2,7). Les femmes résidant en zone urbaine sont plus susceptibles d'avoir passé une mammographie que celles vivant en zone rurale (rapport de cote 1,3). Il en est de même, pour les femmes dont le revenu de ménage est classé aux quintiles supérieurs aux deux premiers, soit ceux de revenu inférieur ou moyennement faible (rapports de cote entre 1,6 et 2,0). Par contre, les femmes immigrantes établies au pays depuis moins de 10 ans (RC = 0,3), celles dont l'état de santé autoévalué est mauvais (RC = 0,5) ou n'ayant aucun stress quotidien (RC = 0,6) et les fumeuses actuelles (régulières ou occasionnelles) (RC = 0,6) ont eu moins recours à la mammographie. Avoir un médecin de famille et l'avoir visité au cours de l'année précédant l'enquête demeure un facteur prédominant du recours à la mammographie (RC = 4,6). Même les femmes ayant visité un médecin l'année d'avant (indépendamment si elles en ont un régulier ou pas) sont plus enclines à avoir passé une mammographie que celles n'ayant rapporté aucun contact avec un médecin (RC légèrement supérieur à 2). Les femmes atteintes d'un cancer

sont manifestement les plus susceptibles d'avoir subi un test de mammographie (RC = 6,8) tout comme celles ayant déjà passé un test PAP (RC=4,6); dans la même veine, celles atteintes d'une autre maladie chronique sont plus sensibles à avoir passé une mammographie (RC = 1,3).

6.10 Mammographie récente

Au sujet de la mammographie récente soit celle subie au cours des deux dernières années (dans le contexte des programmes de dépistage), la province de résidence, le revenu du ménage, le pays de naissance, le recours à un médecin régulier, le genre de fumeur et le recours au test PAP des trois dernières années ressortent de loin comme les facteurs les plus importants : les femmes résidant au Québec sont plus susceptibles que celles du reste du Canada de suivre les recommandations canadiennes en matière de recours à la mammographie (RC = 1,5). Les femmes dont le revenu du ménage se retrouve au-delà du premier quintile (équivalent au revenu le plus faible) sont également plus portées à avoir recouru à une mammographie au cours des deux dernières années (RC variant entre 1,4 et 1,97). Par ailleurs, les femmes dont le pays de naissance se retrouve en Europe sont moins enclines à recourir à la mammographie récente que toutes les autres (RC = 0,68). Il en est de même pour les fumeuses actuelles (RC = 0,66). Tout comme pour la mammographie déjà passée, le fait d'avoir un médecin de famille et l'avoir visité l'année avant l'enquête ainsi que le recours au test PAP au cours des trois dernières années sont des facteurs favorables au recours à une mammographie récente (RC égal à 5,5 et 3,2 respectivement). Les femmes ayant consulté un médecin les 12 derniers mois sont également plus susceptibles que celles ne l'ayant pas fait d'avoir passé une mammographie au cours deux dernières années (RC supérieur à 2).

Tableau 12 - Rapports de cote corrigés (RC) d'avoir passé une mammographie au cours de la vie ou au cours des deux dernières années, femmes de 50 à 69 ans, Canada, 2008

Caractéristique	Catégorie	Mammographie passée au cours de la vie		Mammographie récente (au cours des deux dernières années)	
		RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Groupe d'âge	50-54 ans	1,00	...		
	55-59 ans	2,27*	1,71-3,01		
	60-64 ans	2,69*	1,96-3,70		
	65-69 ans	2,55*	1,82-3,58		
Province	Québec	1,33	1,00-1,78	1,53*	1,19-1,98
	Autre province	1,00	...	1,00	...
Milieu de vie	Urbain	1,31*	1,05-1,62		
	Rural	1,00	...		
Statut de résidence	Immigrante récente	0,28*	0,12-0,66		
	Autre	1,00	...		
Revenu (en quintiles)	Q1 (inférieur)	1,00	...	...
	Q2	1,49	1,00-2,22	1,38*	1,03-1,84
	Q3	1,99*	1,35-2,97	1,67*	1,23-2,27
	Q4	1,64*	1,10-2,40	1,97*	1,46-2,66
	Q5 (supérieur)	2,02*	1,31-2,92	1,53*	1,10-2,12
	Valeur manquante	0,99	0,69-1,36	1,53*	1,09-2,14
État de santé	Mauvais	0,49*	0,29-0,80		
	Passable-excellent	1,00	...		
Recours aux mds	Oui-oui	4,89*	3,39-7,06	5,55*	3,32-9,26
	A un md régulier	2,34*	1,48-3,70	2,12*	1,22-3,70
Consulté récemment	Non-oui	2,07*	1,10-3,88	3,11*	1,64-5,89
	Non-non	1,00	...	1,00	...
Souffre d'un cancer	Oui	6,87*	3,07-15,27		
	Non	1,00	...		
Atteinte d'une maladie chronique	Oui	1,30*	1,04-1,64		
	Non	1,00	...		
Stress quotidien perçu	Pas du tout	0,64*	0,44-0,92		
	Un peu à très élevé	1,00	...		
Type de fumeuse	Actuelle	0,63*	0,50-0,80	0,66*	0,54-0,81
	Autre	1,00	...	1,00	...
Déjà passé un test PAP	Oui	4,56*	3,23-6,42		
	Non	1,00	...		
Dernier PAP <= 3ans	Oui			3,18*	2,63-3,84
	Non			1,00	...
Lieu de naissance	Europe			0,68*	0,51-0,90
	Ailleurs			1,00	
(n)		(11 104)		(9 385)	

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménages privés

Les cas de non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour le revenu du ménage

Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0 sont significatifs

* Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p<0,05)

n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse

... N'ayant pas lieu de figurer

† Catégorie de référence

Il va sans dire que les mammographies subies lors des deux dernières années regroupent autant celles à des fins de dépistage que celles à des fins diagnostiques. D'où notre idée de nous attarder aux facteurs associés aux mammographies récentes dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage. Les femmes de 50 à 69 ans peuvent alors se retrouver dans une des quatre catégories non ordonnées suivantes :

- Celles n'ayant jamais eu une mammographie (1)
- Celles ayant eu une mammographie au cours des deux dernières années dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage (2)
- Celles ayant eu une mammographie il y a plus de deux ans dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage (3) et
- les autres (4)

La dernière catégorie regroupe, entre autres, les femmes ayant eu une mammographie pour une raison différente de celle retenue dans cette analyse (soit dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage), peu importe le moment de la dernière mammographie.

La régression logistique multinomiale (ou polytomique) constitue une extension de la régression logistique (dichotomique) et nous permet de comparer trois de ces catégories à la quatrième, appelée catégorie de référence. Il s'agit, en quelque sorte, de l'estimation de coefficients de plusieurs régressions logistiques dichotomiques où chacune des catégories est comparée à tour de rôle aux autres. Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de comparer les deuxième et troisième catégories à la première. Nous aurons alors l'équivalent de trois régressions logistiques dichotomiques. Les paramètres ainsi estimés portent sur deux ensembles de femmes à la fois, le nombre donc d'observations varie selon le cas (ne sont retenues à chaque paire d'analyses que les observations pertinentes).

Le progiciel statistique Stata nous permet d'obtenir des coefficients transformés en rapport de risque relatif (RRR), définis comme $\exp(b)$ plutôt que « b ». Ils expriment le rapport de probabilités relatives d'une catégorie à la catégorie de référence pour une modalité d'une caractéristique par rapport à la modalité de référence.

Les femmes âgées de 55 ans ou plus, vivant en milieu urbain, dont le revenu du ménage dépasse le quintile de revenu inférieur, ayant un médecin de famille régulier et l'ayant consulté les 12 derniers mois, atteintes d'un cancer ou ayant été soumises récemment à un test de dépistage du cancer du col (PAP) sont relativement plus susceptibles d'avoir une mammographie récente (dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage) par rapport à celles qui n'en ont jamais eu (RRR supérieurs à 1) (tableaux 13 et 14). C'est par contre, l'inverse chez les fumeuses actuelles, moins enclines à y recourir (RRR = 0,6 ou 0,7 respectivement pour les mêmes tableaux).

Les femmes ayant eu une mammographie dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage il y a plus de deux ans ne se démarquent de celles qui n'ont jamais eu de mammographie que sur peu de facteurs étudiés ici, soit l'âge, l'état civil et la présence d'un cancer. Les probabilités de recourir à un examen de mammographie de dépistage sont plus élevées pour les femmes âgées de 55 à 69 ans (comparées à celles de 50 à 54 ans) ou pour celles atteintes d'un cancer. Les chances de recourir à ce même test sont moindres pour les femmes célibataires que pour celles vivant en couple (RRR=0,6).

La comparaison de la quatrième catégorie « résiduelle » (« autre mammographie ») à la première fait ressortir quelques différences entre les mammographies dans le cadre d'un examen régulier et celles dans le cadre d'activités de dépistage (concept élaboré précédemment), tout en soulignant plusieurs similitudes. Dans le cas des mammographies lors d'un examen régulier, la catégorie résiduelle regroupe les femmes ayant avancé une autre raison (que l'examen régulier), dont, entre autres, des raisons concordant à des activités de dépistage ou des mammographies passées à des fins diagnostiques (peu importe le moment du test le plus récent). Par contre, dans le cas des mammographies subies pour des raisons élargies de dépistage, la catégorie « résiduelle » est plutôt épurée, elle ne comprend que les mammographies à des fins diagnostiques ou presque.

Au chapitre des similitudes, mentionnons que l'état civil, le recours aux services médicaux ou aux mesures préventives (test PAP récent), l'état de santé (présence de cancer ou d'autres maladies chroniques) et le tabagisme démarquent de façon significative et pratiquement dans la même intensité (ampleur du rapport des risques relatifs) ces deux groupes, lorsque comparés au groupe des femmes n'ayant jamais eu de mammographie. Ainsi, être séparée ou divorcée (plutôt que vivant en couple), être atteinte d'un cancer ou d'une autre maladie chronique, avoir eu un test PAP au cours des trois dernières années ou avoir un médecin régulier ou avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois de même qu'être une ancienne fumeuse, tous ces statuts augmentent les risques d'avoir subi un test de mammographie pour une autre raison que dans le cadre d'un examen régulier ou d'activités de dépistage (RRR supérieurs à 1 au seuil de confiance de 95 %). À noter que le RRR pour la présence d'un cancer est entaché d'une grande variabilité, due à des effectifs très faibles.

Sur le plan des différences, l'âge avancé (65-69 ans) et avoir des revenus se situant aux quintiles intermédiaires (3 et 4) départagent également les femmes ayant passé une mammographie dans le cadre d'activités de dépistage de celles n'en ayant jamais eu une. Il en est de même, pour les mammographies dans le cadre d'un examen régulier, mais l'importance des facteurs englobe les femmes âgées de plus de 55 ans ou celles dont le revenu dépasse le quintile inférieur. Dans tous les cas, les probabilités relatives du recours à la mammographie sont plus élevées. Enfin, mentionnons que la province de résidence ne différencie (sur le plan statistique) que les femmes ayant passé une mammographie lors d'un examen régulier seulement comparativement aux femmes n'ayant jamais passé de mammographie (RRR = 1,46).

Tableau 13 - Facteurs reliés aux mammographies récentes dans le cadre d'un examen régulier – Rapports de risques relatifs (RRR) – analyse de régression polynomiale (catégorie de référence : aucune mammographie passée). Canada, 2008

Caractéristique / Modalités	Mammographie récente (< 2 ans) c. aucune		Mammographie moins récente (2 ans ou plus) c. aucune		Autre mammographie c. aucune	
	RRR	IC (95 %)	RRR	IC (95 %)	RRR	IC (95 %)
Âge						
50-54 ans †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
55-59 ans	2,59*	1,88-3,58	2,41*	1,62-3,59	1,72*	1,24-2,39
60-64 ans	3,53*	2,54-4,92	2,87*	1,95-4,22	1,78*	1,27-2,51
65-69 ans	4,76*	3,20-7,09	4,52*	2,82-7,24	2,13*	1,41-3,21
État civil						
En couple †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Séparée / divorcée	1,21	0,81-1,84	1,43	0,94-2,16	1,57*	1,06-2,33
Veuve	0,69	0,42-1,15	0,68	0,40-1,17	0,93	0,55-1,58
Célibataire	0,68	0,45-1,04	0,56*	0,35-0,89	0,71	0,44-1,15
Milieu de vie						
Urbain	1,39*	1,09-1,79	1,33	0,98-1,80	1,07	0,81-1,42
Rural †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Province						
Québec	1,22	0,88-1,68	0,75	0,51-1,11	1,46*	1,03-2,05
Autre †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Revenu du ménage						
Q1 (inférieur) †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Q2	1,64*	1,01-2,65	1,13	0,70-1,81	1,68*	1,06-2,67
Q3	1,97*	1,29-3,01	1,01	0,62-1,65	1,87*	1,19-2,93
Q4	2,08*	1,33-3,25	1,02	0,63-1,65	2,19*	1,36-3,51
Q5 (supérieur)	2,28*	1,43-3,64	1,34	0,79-2,29	2,03*	1,24-3,33
Recours aux médecins						
En a et visité un	5,73*	3,26-10,04	0,94	0,55-1,61	4,61*	2,76-7,69
En a un mais pas visité	2,58*	1,32-5,04	1,11	0,58-2,10	2,70*	1,45-5,03
N'en a pas un mais visité	2,81*	1,25-6,31	0,71	0,33-1,57	3,51*	1,65-7,49
Sans md ni visite †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Atteinte de cancer						
Oui	3,78*	1,53-9,34	3,49*	1,28-9,51	15,54**	6,4-37,6
Non †	1,00	...	1,00	...	1,00	...

Caractéristique / Modalités	Mammographie récente (< 2 ans) c. aucune		Mammographie moins récente (2 ans ou plus) c. aucune		Autre mammographie c. aucune	
Atteinte d'une maladie chronique						
Oui	1,27	0,98-1,65	1,22	0,89-1,69	1,41*	1,08-1,87
Non †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Type de fumeuse						
Actuelle	0,62*	0,46-0,85	0,79	0,54-1,16	0,99	0,71-1,39
Ancienne	1,31	0,98-1,76	1,13	0,80-1,59	1,82*	1,34-2,50
Jamais fumé †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
PAP récent (<3ans)						
Oui	3,51*	2,71-4,54	1,10	0,81-1,49	2,72*	2,09-3,55
Non ††	1,00	...	1,00	...	1,00	...

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménages privés

Les cas de non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour le revenu du ménage

Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0 sont significatifs

* Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p<0,05)

** RRR ayant une grande variabilité, donnée à titre indicatif.

Nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse : 10396

... N'ayant pas lieu de figurer

† Catégorie (modalité) de référence

†† Catégorie (modalité) de référence (non) : plus de 3 ans ou jamais

Tableau 14 - Facteurs reliés aux mammographies récentes dans le cadre d'activités de dépistage – Rapports de risques relatifs (RRR) – analyse de régression polynomiale (catégorie de référence : aucune mammographie passée). Canada, 2008

Caractéristiques / Modalités	Mammographie récente (< 2 ans) c. aucune		Mammographie moins récente (2 ans ou plus) c. aucune		Autre mammographie c. aucune	
	RRR	IC (95 %)	RRR	IC (95 %)	RRR	IC (95 %)
Âge						
50-54 ans †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
55-59 ans	2,57*	1,89-3,49	2,33*	1,60-3,40	1,24	0,83-1,85
60-64 ans	3,40*	2,47-4,68	2,68*	1,85-3,88	1,36	0,91-2,05
65-69 ans	4,51*	3,07-6,63	3,97*	2,50-6,30	1,83*	1,13-2,98
État civil						
En couple †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Séparée / divorcée	1,24	0,86-1,79	1,34	0,90-1,98	1,91*	1,15-3,18
Veuve	0,74	0,45-1,23	0,69	0,40-1,18	0,83	0,47-1,46
Célibataire	0,73	0,48-1,11	0,56*	0,35-0,88	0,68	0,41-1,11
Milieu de vie						
Urbain	1,32*	1,03-1,69	1,27	0,94-1,70	1,12	0,83-1,53
Rural †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Revenu du ménage						
Q1 (inférieur) †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Q2	1,66*	1,04-2,64	1,28	0,81-2,04	1,36	0,82-2,26
Q3	1,83*	1,21-2,76	1,12	0,70-1,80	2,23*	1,33-3,75
Q4	2,13*	1,37-3,31	1,18	0,74-1,90	1,79*	1,05-3,06
Q5 (supérieur)	2,19*	1,38-3,48	1,48	0,88-2,50	1,75	0,99-3,09
Manquant	1,10	0,75-1,64	0,77	0,50-1,19	1,02	0,57-1,81
Recours aux médecins						
En a et visité un	5,10*	3,04-8,57	1,14	0,69-1,91	4,42*	2,16-9,07
En a un mais pas visité	2,31*	1,23-4,33	1,32	0,72-2,43	2,61*	1,14-5,96
N'en a pas un mais visité	2,80*	1,32-5,97	0,94	0,43-2,02	3,32*	1,20-9,18
Sans md ni visite †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Atteinte de cancer						
Oui	2,26	0,92-5,55	3,34*	1,23-9,06	36,66**	15,18-88,55
Non †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Atteinte d'une maladie chronique						

Caractéristiques / Modalités	Mammographie récente (< 2 ans) c. aucune		Mammographie moins récente (2 ans ou plus) c. aucune		Autre mammographie c. aucune	
	RRR	IC (95 %)	RRR	IC (95 %)	RRR	IC (95 %)
Oui	1,24	0,97-1,58	1,29	0,95-1,75	1,53*	1,05-2,21
Non †	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Type de fumeuse						
Actuelle	0,68*	0,50-0,92	0,83	0,57-1,20	1,00	0,67-1,49
Ancienne	1,38*	1,03-1,83	1,19	0,86-1,65	2,02*	1,40-2,92
Jamais fumé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...
PAP récent (<3ans)						
Oui	3,66*	2,87-4,68	1,15	0,86-1,54	2,03*	1,45-2,85
Non ††	1,00	...	1,00	...	1,00	...

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménages privés

Les cas de non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour le revenu du ménage

Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0 sont significatifs

* Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

** RRR ayant une grande variabilité, donnée à titre indicatif.

Nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse : 10396

... N'ayant pas lieu de figurer

† Catégorie (modalité) de référence –

†† Catégorie (modalité) de référence (non) : plus de 3 ans ou jamais

7. VUE D'ENSEMBLE

Le gouvernement tant canadien que provinciaux, préoccupés de l'ampleur du cancer du sein au pays ont mis en place des programmes de dépistage systématique visant à réduire la mortalité sous-jacente. Leur mise en œuvre a débuté en Colombie-Britannique en 1988 et s'est étendue dans les autres provinces du Canada pendant les dix années suivantes. Le lancement de ce programme au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest a eu lieu en 1990 et 2003 respectivement. En 2009, seul le territoire de Nunavut en était dépourvu. D'après les mesures de performance établies au palier fédéral, il faut rejoindre au moins 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans afin d'atteindre une réduction significative de mortalité (Wadden N., 2005). Par ailleurs, le registre pancanadien du dépistage du cancer du sein indiquait qu'en 2001-2002 le taux moyen de participation s'élevait à 34 % (Wadden N., 2005).

Mieux connaître les caractéristiques des femmes qui participent (ou qui ne participent pas) aux programmes établis par les gouvernements respectifs devient alors une nécessité afin de mettre en place des mécanismes visant à atteindre les objectifs poursuivis, soit rejoindre au moins 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans de façon régulière (à tous les deux ans). Les données des programmes de dépistage étant plutôt insuffisantes (à tout le moins pour le Québec) le recours à d'autres sources d'information pertinente est sans contredit salubre. C'est le cas des données recueillies par les enquêtes sur la santé dans les

collectivités canadiennes qui, malgré leurs limites, comblent, ne serait-ce que partiellement cette lacune. Leur répétition tous les deux ans offre la possibilité de suivre l'évolution du taux de couverture (proportion des femmes ayant passé une mammographie) des programmes mis en place. De plus, l'étude de l'évolution des caractéristiques des femmes qui ne passent pas une mammographie aux deux ans nous permettra de mieux circonscrire les groupes cibles des campagnes de promotion pertinentes.

L'évolution du recours à la mammographie des femmes âgées de 50 à 69 ans selon les lignes directrices canadiennes en la matière et les caractéristiques qui lui sont associées ont représenté essentiellement les deux principaux objectifs de ce rapport.

Nous avons exploité les données recueillies par les « Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes » en 2001, 2003, 2005 et 2008, en mettant l'accent autant sur les données pancanadiennes que québécoises et, dans la mesure du possible, sur celles propres à la région de Montréal. En parallèle, nous avons examiné les données équivalentes des deux autres grandes régions urbaines, soit celles de Toronto et de Vancouver, régions ayant des caractéristiques similaires à celles de Montréal.

Au début, nous avons juxtaposé les données des deux autres groupes d'âge encadrant celui à l'étude (soit les femmes de 35 à 49 ans ou de 70 ans et plus) et ensuite, nous nous sommes attardés particulièrement au phénomène étudié chez les femmes visées par les programmes de dépistage, soit celles de 50 à 69 ans. Il faut souligner que les questions pertinentes s'adressaient à toutes les femmes de 35 ans ou plus et pas spécifiquement à celles de 50 à 69 ans.

L'analyse proprement dite a été précédée par la présentation des principales caractéristiques de la population féminine de 50 à 69 ans.

Nous avons alors constaté que le recours à la mammographie est moins répandu chez les femmes de 35 à 49 ans touchant, en général, quatre à cinq femmes sur dix, soit presque la moitié du taux observé chez les femmes de 50 à 69 ans (huit à neuf femmes sur dix); la proportion des femmes ayant eu une mammographie au cours de leur vie a augmenté légèrement dans l'ensemble du Canada chez les 50 à 69 ans, mais elle est pratiquement restée stable dans tous les autres territoires (Québec et les trois villes) tout au long de la période couverte ici. À souligner une augmentation constante, quasi linéaire, de la proportion des femmes plus âgées (70 ans et plus) ayant déjà passé une mammographie peu importe le territoire retenu en 2008, les femmes plus âgées (70 ans et plus) ont été aussi nombreuses que celles de 50 à 69 ans à avoir passé une mammographie, ce qui dénote un certain effet de l'instauration des programmes de dépistage au pays.

L'examen régulier (ou le dépistage systématique) vient en tête de liste des raisons citées par les femmes de 50 à 69 ans d'avoir déjà passé une mammographie (dans une proportion d'environ 70 %) suit de loin, l'âge et ensuite un historique familial de cancer du sein.

Le regroupement des raisons du recours à la mammographie nous a permis, jusqu'à un certain point, de départager les activités de dépistage et de diagnostic et d'en recalculer les taux respectifs. Il en est ressorti que huit à neuf femmes sur dix ont avancé le dépistage comme motif principal du recours à la mammographie et que pour le reste, la raison évoquée correspondrait davantage à un examen diagnostique.

Passer une mammographie dans le délai recommandé touchait la grande majorité (au moins huit sur dix) des femmes qui en avaient déjà passé une. Celles qui n'ont pas respecté les consignes canadiennes citaient comme principale raison qu'elles ne le croyaient pas nécessaire (à la hauteur de 40 %) ou qu'elles n'avaient pas eu le temps de s'en occuper (environ trois femmes sur dix). Mis à part le souci personnel de se conformer aux lignes directrices canadiennes, l'opinion du médecin à cet égard a influencé une bonne proportion des femmes récalcitrantes (environ 13 à 16 %). La peur et, dans une moindre mesure, les problèmes d'accès aux services clôturaient les principales raisons de ne pas avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années.

Sur le plan des caractéristiques des femmes de 50 à 69 ans (celles visées par les programmes de dépistage) nous avons remarqué que l'état civil, le revenu du ménage, le degré d'éducation, le fait d'avoir un médecin régulier ou de l'avoir visité l'année d'avant, être atteinte d'un cancer, être fumeuse courante et avoir passé un test PAP étaient associées autant à la propension de passer une mammographie que de l'avoir passée les deux dernières années. Par contre, l'âge, le fait d'être née ici ou d'être immigrante récente ne sont reliés qu'à la propension d'avoir déjà passé une mammographie. Au sujet de l'âge en particulier, nous devons souligner qu'il s'agit des femmes âgées de 50 ans révolus qui enregistrent un taux de mammographie plus faible, celui des femmes de 51 à 54 ans se rapprochant davantage du comportement des femmes plus âgées.

Il faut garder à l'esprit, que ces caractéristiques sont associées à la mammographie en général, c'est-à-dire, sans égard au motif. Le degré d'association est, par ailleurs, plus « solide » pour l'ensemble de la population canadienne que pour les autres sous-populations retenues ici (populations québécoise, montréalaise, torontoise ou de Vancouver).

Les analyses multivariées nous ont permis de circonscrire davantage les caractéristiques associées au recours à la mammographie la vie durant ou à celle passée durant les deux dernières années, toutes raisons confondues ou pour des raisons spécifiques (examen régulier ou activités de dépistage). Ainsi, dans un premier temps on a constaté que les femmes âgées de plus de 55 ans ou vivant en milieu urbain, de revenu familial moyen à élevé, ayant un médecin régulier ou ayant visité un médecin l'année précédant l'entrevue, atteintes d'un cancer ou d'une autre maladie chronique ou encore ayant déjà eu un test PAP avaient plus de chances de recourir à la mammographie que leurs contreparties. En revanche, les femmes immigrantes récentes (établies il y a moins de dix ans au pays), sans aucun stress quotidien, fumeuses actuelles ou en mauvais état de santé étaient moins enclines à se soumettre à une radiographie du sein. Demeurent

meilleurs facteurs prédictifs, une fois la décision prise de s'y conformer, le recours à un médecin régulier, le revenu supérieur au quintile inférieur (revenu faible) et le recours au test PAP récemment; par contre, les fumeuses actuelles persistent à être récalcitrantes.

La comparaison entre les femmes ayant passé une mammographie récente dans le cadre d'un examen régulier et celles n'en ayant jamais eu n'a fait que confirmer que plus on avance en âge, qu'on vit en milieu urbain, qu'on est mieux nantie (financièrement), qu'on a des habitudes préventives vis-à-vis sa santé (test PAP récent), qu'on a un médecin régulier ou qu'on en visite un, plus les chances sont élevées de recourir à cet examen. L'inverse se vérifie également chez les fumeuses actuelles.

Avancer en âge ou être atteinte d'un cancer incite les femmes à passer une mammographie dans le cadre d'un examen régulier, ne serait-ce qu'au-delà du délai prescrit, comparativement à celles n'en ayant jamais passé une.

Ne pas croire à la nécessité d'une radiographie périodique du sein ou n'avoir pas le temps de s'en occuper constitue, dans l'ordre, les principales raisons du non-recours à la mammographie au cours des deux dernières années, et ce, tout au long de la période couverte par les quatre enquêtes.

Enfin, quelques remarques méritent d'être soulignées relativement à notre région.

La métropole montréalaise se distingue des deux autres régions au chapitre de sa composition ethnique. Toutes les trois sont multiethniques, mais Montréal compte beaucoup moins de femmes nées à l'extérieur du pays ou d'immigrantes de longue date que les deux autres.

Sur le plan du recours à la mammographie, la région de Montréal ressemble à l'ensemble du pays et, à l'occasion, aux deux autres régions urbaines à plusieurs points de vue : taux comparable de la mammographie déjà passée, de la mammographie dans le cadre d'un examen régulier (sauf en 2005 par rapport aux deux autres villes), de la mammographie (peu importe la raison) au cours des deux dernières années ou de la mammographie de « dépistage » durant les deux dernières années (sauf par rapport à Toronto en 2005). Au chapitre des prévalences, nous remarquons une tendance à la baisse de la mammographie récente dans le cadre d'un examen régulier, alors que la région de Toronto fait bien meilleure figure.

8. ÉCARTS À COMBLER

Un des principaux objectifs de ce rapport consistait à apprécier jusqu'à quel point les femmes de 50 à 69 ans respectent les lignes directrices en matière de mammographie. Est-ce qu'en fait les programmes de dépistage mis en place depuis quasiment quinze ans déjà ont atteint leur objectif, sinon sont-ils loin de leur cible ?

La formulation des questions sur la mammographie ne nous permettant pas de répondre sans équivoque à ces questions, nous avons évalué l'écart à combler selon deux versions du taux de prévalence de la mammographie récente, l'une nous amenant à un minimum et, l'autre, à un maximum possible. Dans le premier cas, nous considérons l'écart entre l'objectif poursuivi par les programmes (au moins 70 %) et le taux de mammographie récente pratiquée dans le cadre d'activités de dépistage (voir regroupement des raisons d'avoir déjà passé une mammographie). Dans le second cas, nous établissons la différence entre la valeur cible et le taux de mammographie les deux dernières années en raison d'un examen régulier ou de dépistage.

Dans un cas comme dans l'autre, la région de Montréal accuse un retard plus important que les autres territoires relativement à la mammographie de dépistage les deux dernières années, car il lui restait en 2008 un déficit de 10 à 25 points à combler, ce qui est plus élevé qu'en 2001 (tableau 15). La région de Toronto affiche une situation plus favorable tout au long de la période à l'étude ; il lui restait en 2008 entre 7 et 10 points à récupérer. Dans le scénario le plus favorable, la région de Vancouver aurait pleinement atteint l'objectif en 2008, mais elle devrait consacrer des efforts importants pour y arriver d'après l'éventualité défavorable (19 points à rattraper). Le Canada et le Québec suivent un cheminement pratiquement parallèle et tous les deux ne se trouvent pas loin de l'objectif visé : l'écart à combler diminue depuis 2003, peu importe le scénario. En 2008, ils se retrouvent, par contre, au même point qu'en 2001, soit à 8 et 6 points à combler au mieux, et à 16 et 18 au pire, respectivement.

Ces estimations sont approximatives, car elles découlent d'hypothèses nécessaires à la construction des taux de prévalences du recours à la mammographie de dépistage les deux dernières années. Elles ne sont données ici qu'à titre exploratoire. Des questions directes sur le moment où la mammographie de dépistage a été passée au cours des deux dernières années nous auraient sans doute mieux servis.

Tableau 15 - Écart à combler (minimum ou maximum) relativement aux objectifs des programmes de dépistage selon le territoire et l'année d'enquête

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada (max)	15,9	19,7	18	16,2
Canada (min)	7,5	14,2	9,2	7,6
Québec (max)	14,9	21,2	18,6	18
Québec (min)	5,5	14,2	8,7	6
Montréal (max)	11,8	23	23	25,3
Montréal (min)	6,4	20,8	13	9,7
Toronto (max)	14,4	15	9,7	9,6
Toronto (min)	6,5	11,4	-0,3	7,1
Vancouver max)	19,3	19,9	23,6	19
Vancouver (min)	14,5	16,3	11,1	0,7

Calcul des écarts

Écart minimum = 70 % - prévalence de la mammographie au cours des deux années dans le cadre d'activités de dépistage (70 % - données du tableau 9)

Écart maximum = 70 % - prévalence de la mammographie au cours des deux années dans le cadre d'un examen régulier (70 % - données du tableau 8)

9. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS – COMPARAISON AVEC D'AUTRES ÉTUDES

Les résultats obtenus ici confirment en grande partie ceux remarqués dans d'autres études au Canada ou ailleurs. Les voici en fonction des principales caractéristiques abordées dans notre étude.

9.1 Médecin de famille ou régulier et visites médicales

Tout d'abord, l'importance d'avoir un médecin de famille ou régulier et le recours récent à un médecin (les 12 mois précédant l'enquête) représentent manifestement le résultat le plus « constant » de notre étude, qu'il s'agisse de la mammographie déjà passée, de la mammographie récente ou celle dans un cadre d'un examen régulier; l'absence d'un médecin de famille ou d'une visite médicale récente diminue les chances de recours à une mammographie. Avoir visité un omnipraticien l'année précédant l'entrevue (même si l'on n'a pas de médecin régulier) augmente (au moins deux fois) les chances de passer une mammographie, mais l'effet est mieux renforcé si les femmes ont un médecin de famille, les chances sont alors quintuplées

(tableaux 12, 13 et 14) ! Ces résultats se comparent avec ceux obtenus en 1994-1995 dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé (Gentleman, Lee, 1997), période où à peine quatre provinces canadiennes avaient instauré un programme de dépistage organisé (Nouvelle-Écosse, Ontario, Saskatchewan et Alberta) de même qu'en 1996-1997 lors de la répétition de cette même enquête (Maxwell, Bancej, Snider – 2001). Hanson et al. (2009) dans une synthèse d'études canadiennes sur les facteurs associés au recours à la mammographie révèlent que les relations interpersonnelles des femmes avec les soignants jouent un rôle important dans la décision de passer une mammographie : la recommandation du médecin, l'encouragement du personnel infirmier, les visites médicales et avoir une femme en tant que médecin traitant militent en faveur d'un meilleur taux de recours à la mammographie.

Par ailleurs, les résultats d'une revue bibliographique sur des études effectuées aux États-Unis entre 1988 et 2004 (Schueler et al. 2008), abondent dans le même sens : les femmes sans médecin de famille ou sans visite médicale la dernière année sont nettement moins susceptibles d'avoir passé une mammographie (rapports de cotes : 0,41 et 0,34 respectivement).

En France, pays ayant un système de santé financé par des fonds publics, deux enquêtes récentes (EDIFICE 1 en 2005, EDIFICE 2 en 2007-2008) se sont penchées sur les attitudes et comportements des femmes de 50 à 74 ans (groupe visé par le dépistage systématique) en matière de cancer, en général, et du cancer du sein, en particulier; de plus, deux échantillons représentatifs des omnipraticiens étaient couplés à chacune de ces enquêtes et visaient à reconnaître, entre autres, leur pratique médicale, leur perception du dépistage autant du cancer du sein que d'autres cancers, les barrières perçues en regard du dépistage et les attentes de leurs patientes en la matière. Il en est ressorti que les femmes ayant visité leur gynécologue ou omnipraticien l'année avant l'entrevue étaient plus enclines à avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années (rapport de cotes 9,6 et 2,7 respectivement) (Morère et al. – 2011) (Pivot et al. – 2008) Du même souffle, les deux tiers des omnipraticiens sondés, les femmes plus que les hommes, recommandaient le dépistage systématique à leurs patientes de 50 à 74 ans. L'implication des omnipraticiens et gynécologues dans le système national de dépistage est essentielle afin d'atteindre efficacement les femmes visées à la cadence souhaitée (aux deux ans).

Une étude qualitative récente (entrevues en profondeur) dans la région sociosanitaire de Laval, voisine de la région de Montréal, sondant les perceptions des médecins à l'égard du programme québécois de dépistage du cancer du sein, révélait que tous les médecins interviewés reconnaissaient la valeur du programme et y recommandaient leurs patientes (Nguyen et al, 2009). Eux et leurs collègues étaient favorables à la mammographie et leurs patientes étaient ouvertes à obtenir une ordonnance à cette fin.

Selon une étude auprès des femmes de 50 à 69 ans vivant en milieu rural typique au Nouveau-Brunswick, le contact avec un médecin de famille encourage grandement le recours à la mammographie de dépistage (Miedema, Tatemichi. 2003).

La proportion des femmes de 50 à 69 ans n'ayant rapporté aucune visite médicale lors des 12 derniers mois est restée pratiquement stable entre 1994-1995 et 2008, (85 % et 86 % respectivement) dans l'ensemble du Canada (Gentleman, Lee, 1997). Les proportions étaient semblables en 2008 à tous les territoires couverts ici. Avoir un médecin de famille semble, par contre, un problème important dans la région de Montréal, à peine quatre femmes de 50 à 69 ans sur cinq (78 %) en avait un, tandis que celles de Toronto et de Vancouver sont bien mieux servies, 98 % et 95 % d'entre elles ayant un médecin de famille respectivement.

9.2 Âge

Il a déjà été établi que l'âge représente l'un des facteurs majeurs de risque (non modifiable d'ailleurs) de développer un cancer du sein, notamment à partir de 50 ans (Appling, 1996, cité dans Gross, 2000). La majorité des programmes de dépistage systématique s'alignent à cette éventualité en visant les femmes âgées de 50 à 69 ans. S'initier à la mammographie à partir de cet âge et reprendre cet examen aux deux ans, voilà des objectifs bien ancrés dans ces programmes. La surveillance du taux de mammographie en fonction de l'âge prend alors une valeur fort importante, afin de s'assurer que de plus en plus de femmes s'en prévalent tout en identifiant, en même temps, les groupes « réfractaires ». Nos données ont révélé qu'en 2008 la décision de subir un test de mammographie dépendait effectivement de l'âge. Toutefois, cette association n'était due qu'à un faible taux de mammographie chez les femmes de 50 ans. Après cet âge, les taux deviennent comparables. Pour ce qui est de la mammographie au cours des deux dernières années chez les femmes qui en ont déjà passé une, elle n'était pas reliée à l'âge. Toutefois, l'âge se révélait un facteur important lors des analyses comparant le recours récent dans le cadre d'un examen de dépistage à l'absence de recours à la mammographie.

Une étude portant sur les disparités en matière de dépistage de plusieurs cancers, dont celui du sein, chez les femmes de 50 ans ou plus, a identifié un sommet du recours à la mammographie de dépistage chez les 55 à 59 ans, et un déclin par la suite (Jerant, 2004).

Par ailleurs, la comparaison des deux enquêtes EDIFICE (réalisées en 2005 et 2008 respectivement - voir référence citée précédemment) met en évidence un effet d'âge chez les femmes de 70 à 74 ans : le taux de mammographie de dépistage a fait un bond substantiel entre 2005 et 2008, passant de 81 % à 91 %. Nous avons aussi remarqué un effet semblable dans notre étude à l'égard de la mammographie déjà passée chez les femmes de 70 ans et plus et ce, peu importe le territoire étudié ici. Les femmes informées et conscientes des bénéfices qu'elles peuvent tirer de la prévention sont, en fait, motivées à passer une mammographie indépendamment de l'âge.

D'après une enquête espagnole sur l'état de santé en 2006, les femmes de 60 à 69 ans seraient moins susceptibles d'avoir passé une mammographie de dépistage les deux dernières années que celles âgées de 50 à 59 ans (Rapport de cotes égal à 0,76) (Martin-Lopez et al. 2010). (En Espagne, les programmes de

dépistage du cancer du sein se sont développés au cours des années 90, et visent les mêmes objectifs que les nôtres).

Facteurs sociodémographiques

L'un des objectifs poursuivis en santé publique c'est, sans doute, la diminution des inégalités en matière de santé grâce à de saines habitudes de vie. L'identification de groupes s'écartant de la moyenne permettrait alors l'adaptation de programmes et la mise en place de ressources appropriées afin d'y arriver.

9.3 État civil

La présente étude nous a révélé que les femmes célibataires étaient proportionnellement moins nombreuses à avoir passé une mammographie au cours de leur vie. En décortiquant leur apport dans une analyse multivariée, nous avons remarqué qu'elles étaient moins susceptibles d'avoir une mammographie de dépistage décalée, c'est-à-dire, de ne pas respecter le délai de deux ans (rapport de cote = 0,56). Par contre, au sujet de la mammographie de dépistage à l'intérieur des deux ans, elles ne différaient pas des femmes ayant d'autres statuts. Il importe de rappeler que la proportion de femmes célibataires était relativement faible, à peine 6 %.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'importance de l'état civil pour la mammographie. Leurs résultats vont en général dans le même sens que les nôtres.

À l'échelle canadienne d'abord, on a déjà souligné en 1996-1997 que les femmes veuves, séparées ou divorcées avaient plus de chances de retarder leur mammographie (au-delà des 2 ans) (RC=1,4) (Maxwell et al. – 2001) ; ensuite, selon les données de l'ESCC de 2001 (cycle 1.1) les femmes mariées étaient plus susceptibles de recourir à la mammographie que les femmes d'un autre état civil (Kamath, 2005). Enfin, lors d'une étude comparative entre le Canada et les États-Unis en 2002-2003, le recours à la mammographie les deux dernières années était moindre pour les Canadiennes veuves, séparées ou divorcées (Blackwell, 2008).

Schueler et al. dans leur métaanalyse de plusieurs études américaines ont observé que les femmes non mariées étaient plus négligentes dans ce domaine (Schueler al. 2008),

Des études suédoises notent aussi que les femmes célibataires, séparées ou divorcées, participent moins aux dépistages par mammographie (Lagerlund et al. 2000 ou 2002) (Zackrisson, 2007). Enfin, selon une étude auprès de la population espagnole les résultats vont dans le même sens : les femmes mariées ou veuves se démarquent des célibataires avec un recours supérieur à la mammographie au moment souhaité (Martin-Lopez et al. 2010).

9.4 Scolarité

De prime abord, nous devrions probablement nous attendre à une meilleure participation aux programmes de dépistage des personnes mieux éduquées. Nos données soutiennent ce propos lors des analyses bivariées. Par contre, l'importance de l'éducation s'estompe en analyse multivariée en raison de la présence du revenu dans les modèles étudiés. L'analyse des données de l'enquête nationale sur la santé de 1994-1995 a déjà révélé que le recours à la mammographie, la vie durant, était plus faible pour les femmes peu scolarisées, mais il n'y avait aucune disparité significative à l'égard de la mammographie récente (les deux dernières années) (Gentleman et Lee, 1997).

Ailleurs, Schueler et al. (2008) ont trouvé que les femmes ayant un niveau de scolarité faible étaient moins propices à se soumettre à un test de mammographie que les autres (RC=0,78).

Dans leur analyse des données du « Behavioral Risk Factor Surveillance System » (BRFSS) de 2000 à 2005 chez les femmes américaines de 40 ans et plus, Kim et Jang (2008) arrivent à des résultats semblables : les femmes les plus scolarisées étaient davantage portées à passer une mammographie au cours des deux dernières années. Toutefois, selon les mêmes auteurs cet écart s'est rétréci à la fin de la période à l'étude.

Dans une analyse multi niveau chez les femmes de 40 ans et plus de la ville de Saint-Louis, Lian et al. (2008) ont observé que les femmes ayant fait des études de niveau postsecondaire étaient plus enclines à respecter les délais pour passer une mammographie de dépistage (en vigueur aux États-Unis).

Toujours aux États-Unis, l'exploitation par Selvin et Brett (2003) des données de l'Enquête nationale sur la santé de 1998 arrive à un constat similaire chez les femmes blanches non hispaniques, âgées de 40 à 64 ans : un niveau d'éducation plus élevé est synonyme d'une meilleure utilisation des services de dépistage du cancer du sein (RC = 1,4 pour le niveau collégial et 1,6 pour le niveau universitaire).

Enfin, en France, en s'appuyant sur les données de l'enquête SPS (Santé et Protection sociale) de 2002 auprès des femmes de 40 à 75 ans, Duport et Ancelle-Park (2006) constatent un léger avantage des femmes ayant des études de niveau supérieur au primaire vis-à-vis de la mammographie récente (les deux dernières années).

9.5 Revenu

Des données historiques canadiennes mettent en évidence l'existence de disparités importantes au chapitre du recours à la mammographie au cours des deux dernières années (Shields et Wilkins, 2009). De façon systématique, les femmes dont le revenu de ménage se situait au quintile supérieur étaient proportionnellement plus nombreuses à y recourir que celles dans les ménages du quintile inférieur. L'écart s'est amenuisé en 2001 (12 points de pourcentage), mais il s'est élargi en 2008, atteignant 18 points, soit

huit de moins qu'en 1990, en raison d'une diminution du recours à la mammographie par les femmes moins fortunées. Le lien observé entre le revenu et le recours à la mammographie est retrouvé dans d'autres études réalisées autant au Canada qu'ailleurs. En ce qui trait au recours à la mammographie durant les 2 dernières années, Snider et al. (1996) par exemple, ont constaté un écart important entre les femmes très pauvres et les femmes riches. Dans le même courant, Katz et al. sont arrivés à une association semblable lors d'une étude comparative entre le Canada et les États-Unis, menée en 1994 (Katz et al. 2000). Les femmes de 50 à 69 ans de revenu inférieur étaient moins susceptibles d'avoir passé une mammographie au cours de la dernière année. Pour les États-Unis, l'association demeurait importante même en excluant les personnes sans assurance privée. La reprise de cette enquête conjointe entre ces deux pays a montré encore une fois que les femmes situées au quintile inférieur de revenu étaient moins enclines à recourir à la mammographie (Blackwell et al. 2008).

La méta analyse de Schueler et al. (2008) confirmait cette association (RC = 0,78), valide statistiquement, tout en considérant l'effet simultané de l'absence d'une assurance.

Enfin, lors d'une analyse spatiale, Glazier et al. ont remarqué que les taux de mammographie faibles se nichaient dans les secteurs pauvres de Toronto et denses en population immigrante (femmes de 45 à 64 ans) (Glazier et al. 2004).

9.6 Immigration – pays d'origine

Lors des analyses bivariées, le pays de naissance (Canada-ailleurs), la durée de séjour au pays (moins de 10 ans, plus de 10 ans, toujours) émergent en tant que caractéristiques associées au recours à la mammographie déjà passée. Nous avons aussi remarqué, lors des analyses multivariées, que les immigrantes récentes (moins de 10 ans au pays) étaient moins susceptibles d'avoir passé une mammographie au cours de leur vie et que les femmes nées en Europe se démarquaient des autres en respectant moins les lignes directrices en matière de dépistage. Toutefois, aucune de ces caractéristiques n'a imposé son importance lors des analyses multivariées abordant le dépistage systématique. Les données de l'enquête nationale sur la santé de 1996-1997 ont révélé que les femmes nées en Asie accusaient un retard notable autant au sujet d'une mammographie à vie que sur celle des deux dernières années (Maxwell et al, 2001) ; il s'agit d'un résultat déjà observé lors de la vague précédente de cette enquête (Maxwell et al, 1997). L'étude de Glazier et al. (2004), fondée sur une approche géographique, constatait que les Torontoises de 45 à 64 ans résidant dans les secteurs de forte immigration et de revenu inférieur étaient nettement désavantagées pour ce qui est du recours à la mammographie.

Par ailleurs, Schueler et al. (2008) sont arrivés au même constat, les immigrantes récentes, ne se précipitant pas au test de mammographie (RC égal à 0,54).

Des sensibilités culturelles (gêne, modestie, etc.) et des attitudes différentes (fatalisme, pessimisme, etc.) à l'égard de la mammographie expliqueraient, entre autres, la faible participation des immigrantes aux programmes de mammographie.

9.7 Habitudes de vie (Tabac, activité physique, contrôle du poids, test préventif)

Selon plusieurs études publiées, les femmes ayant recours à la mammographie adoptent d'autres comportements préventifs en matière de santé, tels que ne pas fumer, faire de l'exercice, contrôler son poids, passer des tests de dépistage pour le cancer du col (tests PAP), faire un examen clinique des seins ou consulter un médecin.

Les résultats de notre étude révèlent que les fumeuses actuelles (régulières ou occasionnelles) sont réfractaires au dépistage par mammographie, un résultat déjà observé dans plusieurs études, dont celles de Maxwell et al. (2001) et de Schueler et al. (2008). Ces derniers ont même remarqué un comportement persistant et renforcé dans le temps.

D'après Messina et al. (2002), les fumeuses actuelles sont moins enclines que les non-fumeuses à passer une mammographie sur recommandation de leur médecin et plus susceptibles à minimiser les risques d'autres comportements nuisibles à la santé assez répandus chez elles (diète riche en gras, faible consommation de fruits et légumes, sédentarité, consommation d'alcool, etc.). Leurs convictions s'étendent à d'autres tests de dépistage de cancer (test PAP ou de sang occulte fécal).

L'inactivité physique pendant les heures de loisir n'a été associée qu'à la mammographie récente et son effet s'est effacé lors des analyses multivariées. En ce qui a trait au surplus de poids, il n'était pas relié à la mammographie. Les deux résultats par ailleurs sont conformes à ceux observés ailleurs (Schueler et al. 2008).

L'une des mesures préventives ancrées depuis longtemps chez les femmes est celle liée à la détection précoce du cancer du col utérin (test PAP). Le recours à cet examen, assez routinier lors d'une visite médicale, tout comme l'examen clinique des seins, s'est révélé associé de façon importante à l'utilisation de la mammographie. D'après Schueler et al. (2008), les femmes y ayant recours ont démontré un intérêt accru pour ces examens préventifs et ont surmonté quelques obstacles inhérents aux tests de dépistage. Nos résultats concordent alors avec d'autres études (Schueler et al. 2008), (Blackwell et al. 2008), (Duport et al. 2008) ou (Lagerlund et al (2000).

9.8 Calendrier des mammographies non respecté

Tous les programmes de dépistage du cancer du sein encouragent le recours à la mammographie. Afin que ce test soit profitable à la santé des femmes, elles doivent s'y soumettre à partir d'un certain âge à des intervalles réguliers. Pour les femmes asymptomatiques, les lignes directrices canadiennes fixent à 50 ans l'initiation à ce test et recommandent sa répétition aux deux ans jusqu'à l'âge de 69 ans. Il ne suffit donc pas de passer un premier test, encore faut-il que les femmes respectent le plus possible ce calendrier. Bien que la majorité des Canadiennes visées (soit neuf sur dix) aient déjà eu une mammographie à leur actif, il y en a plusieurs qui ne respectent pas le délai recommandé pour la mammographie subséquente, et ce, pour quatre principales raisons : elles ou leur médecin jugent que la mammographie n'est pas nécessaire, qu'elles n'ont pas eu l'occasion de le faire ou enfin qu'elles ont peur. Affirmer que le test de mammographie n'est pas nécessaire revient dans d'autres études du genre. Lors de l'enquête nationale de santé 1996-1997, par exemple, plus de 50 % des femmes ont mentionné cette même raison (Maxwell et al. 2001), comparativement à 37 % douze ans plus tard. Il y a donc eu un certain progrès en la matière, mais nous sommes loin de la proportion de Françaises de 50 à 74 ans ayant cité cette raison (20 % et 9 % en 2005 et 2008 respectivement) (Morère et al. 2011). Le parachèvement des programmes provinciaux, les campagnes de promotion, de meilleures connaissances acquises par les femmes, pourraient expliquer cette diminution, ne serait-ce que partiellement. Les données de la dernière enquête nous renseignent davantage sur leurs caractéristiques : femmes célibataires ou originaires de l'Asie (ou d'ailleurs qu'à l'Europe ou l'Amérique du Nord), sans aucun stress quotidien ou atteintes d'un cancer.

« Pas eu l'occasion de s'en occuper » occupait la deuxième place des motifs mentionnés par les femmes réfractaires au dépistage récent. Des raisons véhiculant la même idée (pas une priorité en matière de santé, négligence, oubli, manque de temps ou d'occasion) étaient prépondérantes chez les Françaises de 50 à 74 ans interviewées en 2005 et 2008 (Morère et al. 2011).

Venait en troisième place, mais loin derrière les deux précédentes, la raison « mammographie jugée pas nécessaire selon le médecin »; elle était en très léger déclin entre 2001 et 2008 (16,4 % et 13,5 %). Il est difficile de décortiquer cette réponse et de la comparer à d'autres formulations, par exemple, « pas de recommandation du médecin ». À titre d'information, lors des enquêtes EDIFICE 1 et 2, menées en France (Morère et al. 2011), 15 % et 4 % des femmes n'ayant pas une mammographie récente, l'ont évoquée.

La peur revenait comme raison de ne pas avoir subi une mammographie récente dans une proportion d'un peu moins d'une femme sur dix (8 %) et ce, peu importe l'année d'enquête. Environ 5 % des Françaises ayant participé aux enquêtes EDIFICE 1 et 2 ont cité qu'elles avaient « peur » et « préféraient ignorer les résultats de l'examen ».

Enfin, la douleur, la peur des radiations, la crainte des effets négatifs de la pression sur les seins traduisaient les principales préoccupations des femmes montréalaises à l'égard de la mammographie, éléments saillants ressortis lors d'une enquête sur les femmes et le cancer du sein (Marchand et al. 1997).

10. CONCLUSION

Au terme de ce rapport, nous nous sommes attardés d'une part, à étudier les tendances du recours à la mammographie des femmes âgées de 50 à 69 ans et, d'autre part, à identifier les principales caractéristiques de ces dernières favorisant un recours optimal.

Nous avons exploité une partie des données des Enquêtes de santé dans les collectivités canadiennes réalisées en 2001, 2003, 2005 et 2008, notamment celles portant sur la mammographie et les facteurs qui lui sont associés. L'idée principale de ce projet émanait du désir d'obtenir une image du recours à la mammographie en complément de celle offerte par les données du programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Bien que les questions sur la mammographie des enquêtes étudiées ici soient restées pratiquement les mêmes, leur formulation ne répondait pas directement au principal objectif de notre rapport, car elle englobait autant les examens radiographiques des seins à des fins de dépistage qu'à des fins diagnostiques. Ce n'était que par le biais des raisons évoquées par les femmes ayant déjà passé une mammographie ou des raisons de ne pas l'avoir fait au cours des deux dernières années que nous avons pu établir des paramètres du recours à la mammographie intéressant davantage les gestionnaires des programmes de dépistage.

Depuis 2000-2001, nous assistons à un plafonnement du taux de recours à la mammographie récente au Canada, un peu moins des trois quarts (75 % en 2008, tableau 7) de sa population féminine de 50 à 69 ans s'en étant prévalus, peu importe le motif (dépistage ou diagnostic). C'est évidemment moins dans le cas de la mammographie de dépistage où, d'après nos estimations, 54 % et 62 % en auraient tiré profit respectivement.

Les taux de mammographie récente plafonnent aussi en France, mais à des niveaux plus élevés : pour la mammographie au cours de la vie, ils se situent entre 90 % et 95 %, tandis que pour la mammographie récente, ils varient entre 80 % et 85 % (Eisinger et al. in press). Comme le mentionne Dr. Eisinger, il est difficile de dépasser un certain niveau, car à un moment donné, les priorités individuelles dans la vie prennent le dessus sur la dissémination de l'information et des connaissances (Eisinger F. et al. 2011). Selon le même auteur, si l'adoption de certaines innovations est rapide, il n'en est pas ainsi quant au changement des comportements humains où les progrès prennent plus de temps à s'implanter.

Au cœur des programmes de dépistage du cancer du sein se trouvent deux éléments essentiels à leur réussite, que nous pouvons traduire par deux objectifs opérationnels : amener de plus en plus de femmes à passer une première mammographie au moment visé et réussir à les garder adeptes des mammographies subséquentes selon le rythme souhaité. Un travail de sensibilisation est donc nécessaire (pour atteindre le premier objectif), fondé sur les connaissances et la communication d'information pertinente (tant aux

médecins traitants qu'aux femmes visées), afin de surmonter toute barrière rendant les femmes hésitantes ou réfractaires au dépistage et à ses bienfaits. Si de plus en plus de femmes ont au moins un dépistage au cours de leur vie, il y a de fortes chances que la probabilité de la première soit élevée. Les données des enquêtes traitées ici ne nous permettent malheureusement pas de savoir à quel âge la première mammographie a eu lieu ni le nombre de mammographie passée au cours d'une période donnée.

Nous pouvons cependant prétendre qu'avec l'engagement soutenu des médecins, nous pouvons réussir à améliorer le taux de mammographies répétées au délai prescrit. Comme nos résultats en témoignent, le fait d'avoir un médecin régulier et d'en visiter un au cours de l'année avant l'entrevue augmente les chances de passer une mammographie au délai souhaité. En réussissant à rendre le dépistage du cancer du sein une norme de la pratique médicale, nous pourrions accroître le taux de mammographie aux deux ans aux niveaux désirés.

Poursuivre sans relâche la dissémination des connaissances appropriées tant aux femmes visées qu'aux professionnels de la santé concernés devient un des éléments clés de la réussite. En contrepartie, un réaménagement des ressources déjà en pénurie, une mauvaise gestion des programmes ou un manque de confiance aux services de dépistage pourraient hypothéquer son élan. La difficulté d'avoir un médecin au Québec et dans la région de Montréal, en particulier, demeure un obstacle majeur à l'accessibilité aux services et à leur continuité. En outre, elle nuit considérablement au programme de dépistage du cancer du sein. Le fait de recevoir l'invitation de participer à ce programme n'est pas suffisant pour certains groupes de femmes. La principale raison évoquée par les femmes, à savoir que l'examen n'est pas nécessaire, témoigne d'une méconnaissance du bien-fondé de la détection précoce. Un coup de pouce de la part de leur médecin, quand elles en ont un, serait bienvenu. D'autres intervenants des milieux cliniques peuvent contribuer à rendre le recours au dépistage du cancer du sein une norme en pratique clinique préventive. En parallèle, le renforcement de messages pertinents par des interlocuteurs crédibles de la communauté (par exemple les pharmaciens ou des professionnels formés oeuvrant dans des organismes communautaires) serait une piste prometteuse à ne pas négliger pour le succès du programme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Comité directeur de la société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer, 2009. Toronto : Société canadienne du cancer, 2009.
2. L. F. Ellison et L. Gibbons « Survie au cancer – prévisions mises à jour d’après l’analyse par période » *Rapports sur la santé*, 17(2), 2006, p. 21-34 (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
3. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada. Rapport sur la performance des programmes en 2003 et en 2004. Agence de la santé publique du Canada, 2008. No de cat. : HP32-1/2004F-pdf.ISBMN : 978-0-662-08210-1.
4. Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d’évaluation. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein. Deuxième édition. Agence de la santé publique du Canada, mars 2007. No de cat. : HP35-5/2007F-PDF.
5. St-Pierre M., Béland Y. (2004) « Mode effects in the Canadian Community Health Survey. A comparison of CAPI and CATI », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical association*.
6. Béland Y. « Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie » *Rapports sur la santé*, vol. 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
7. Plante N., Côté L., Courtemanche R., Nanhou N. : Incidence des changements méthodologiques de l’ESCC sur la comparabilité entre les cycles 1.1, 2.1 et 3.1 aux niveaux provincial et régional de même que sur la comparabilité régionale intra cycle. Institut de la statistique du Québec, février 2010.
8. Rust KF, Rao JNK: Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*, 1996; 5: 283-310.
9. Hanson K., Montgomery P., Bakker D., Conlon M.: Factors influencing mammography in Canada: an integrative review of the literature. *Current Oncology* – vol. 16, number 5, p 65-75 (2009).
10. Schueler, K.M.: Chu, P.W and Smithe-Bindman, R. (2008) Factors associated with mammography utilization : A systematic quantitative review of the literature. *Journal of women’s health*, 17, 9, 1477-1498.
11. Morère J-F, Pivot X., Viguié J., Blay J-Y., Calzel-Benque A. Coscas Y., Roussel C., Eisinger F.: Breast cancer screening in women aged 50-74 years: is there room for improvement? *European Journal of Cancer Prevention* 2011, 20:S8-S12.
12. Pivot X., Rixe O., Morère J.-F., Coscas Y., Cals L., Namer M., Serin D., Dolbeault S., Eisinger F., Roussel C., Blay J.-Y.: Breast cancer screening in France: results of the EDIFICE survey. *Int. J. Med. Sci.* 2008, 5(3):106-112.

13. Gentleman JF, Lee J. Qui ne se fait pas mammographier? *Rapports sur la santé*, été 1997, vol. 9, no 1, 19-29.
14. Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J. Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/1997 National Population Health survey *CMAJ*, 2001; 164:329-334.
15. Schueler, KM, Chu, PW and Smith-Bindman, R. (2008) Factors associated with mammography utilization: A systematic quantitative review of the literature. *Journal of women's health*, 17, 9, 1477-1498.
16. Minh-Nguyet Nguyen , Diane Larocque, Daniel Paquette, Alejandra Irace-Cima: Quebec breast cancer screening program A study of the perceptions of physicians in Laval, *Que Can Fam Physician* 2009;55:614-20.
17. Wadden, N. Breast cancer screening in Canada: A review. *CARJ* vol. 56, dec 2005.
18. Miedema B., Tatemichi S. Breast and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: what prompts women to screen? *Women's health Issues* 13 (2003) 180-184.
19. Gross R. E. Breast cancer: risk factors, screening and prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol. 16, No. 3 (august), 2000: pp 176-184.
20. Appling S. One in nine: Risks and prevention for breast cancer. *Medsurg Nurs* 5; 62-64, 1996.
21. Jerant A. F., Franks P., Jackson J. E., Doescher M. P. Age-related disparities in cancer screening: analysis of 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System Data. *Annals of family medicine*, vol. 2, no. 5, 2004, pp.481-487.
22. Martin-Lopez R., Hernandez-Barrera V., De Andres A. L., Garrido P. C., De Miguel A. G. and Garcia R. J. Breast and cervical cancer screening in Spain and predictors of adherence *European Journal of Cancer Prevention* 2010, Vol. 19 No 3.
23. Kamath, S. (2005). Predictors of PSA test and Mammography use in the Canadian population. (Marcel Boyer, directeur de recherche), rapport de recherche, Département de sciences économiques, Université de Montréal.
24. Lagerlund, M., Sparén, P., Thurfjell, E., Ekblom, A., Lambe, M. (2000). Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour. *European Journal of Cancer Prevention*, 9, 25-33.
25. Lagerlund, M., Maxwell, A.E., Bastani, R., et al. (2002). Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening – a population-based register study. *Cancer Causes and Control*, 13, 73-82.

26. Zackrisson S., Linstrom M., Moghaddassim M., Andersson I. & Janzon L. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: A multilevel analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007; 35: 548–554.
27. Blackwell, D.L., Martinez, M.E., & Gentleman, J.F. (2008). Women's compliance with public health guidelines in Canada and the United States. An analysis of data from the Joint Canada/United States Survey of Health. *Women's Health Issues*, 18, 85-99.
28. Kim, J., Jang, S.-N. (2008). Socioeconomic disparities in breast cancer screening among US women : Trends from 2000 to 2005. *J Prev Med Public Health*, 41, 186-194.
29. Lian, M., Jeffe, D.B., Schootman, M. (2008). Racial and geographic differences in mammography screening in St. Louis City: a multilevel study. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85, 677-692.
30. Duport, N., Ancelle-Park, R. (2006). Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *European Journal of Cancer Prevention*, 15, 219-224.
31. Selvin, E., Brett, K.M. (2003). Breast and Cervical Cancer Screening: Sociodemographic Predictors among White, Black, and Hispanic Women. *American Journal of Public Health*, 93, 4, 618-623.
32. Shields, M., Wilkins, K. (2009). Le point sur la mammographie au Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 20, no.3, 1-14.
33. Snider J., Beauvais J., Villeneuve P. et Pennock. Tendances dans l'utilisation de la mammographie et du test de Papanicolaou au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, Vol. 17, no. (3 / 4), 1996, p. 117-127.
34. Katz S. J., Zemencuk J. K., and Hofet T. P. Breast Cancer Screening in the United States and Canada, 1994: Socioeconomic Gradients Persist. *American Journal of Public Health* May 2000, Vol. 90. No. 5, 799-803.
35. Blackwell D. L., Martinez M. E., and Jane F. Gentleman J. F. Women's compliance with public health guidelines for mammograms and PAP tests in Canada and the United States. An Analysis of Data from the Joint Canada/United States Survey of Health. *Women's health issues*, 18(2), 2008, P. 85-99.
36. Glazier RH, Creatore MI, Godzyra P. Et al. Geographic methods for understanding and responding to disparities in mammography use in Toronto, Canada. *Journal of General Internal Medicine*, 2004; 19(9):952-961.
37. Maxwell CJ, Kojak JF, Desjardins-Denault SD, Parboosingh J. Factors important in promoting mammography screening among Canadian women. *Canadian Journal of Public Health* 1997; 88:346-350.

38. Duport, N., Ancelle-Park, R., Boussac-Zarebska, M. et al.(2008). Are breast cancer screening practices associated with Sociodemographic status and health-care access? Analysis of a French cross-sectional study. *European Journal of Cancer Prevention*, 17, 218-224.
39. Enquête sur les besoins, intérêts et préoccupations des femmes montréalaises face au cancer du sein et la santé en général - Rapport détaillé. Collectif. ACCESSS, CLSC Pierrefonds, Centre de santé des femmes de Montréal, DSP. Avril 1997, 78 pages.
40. Eisinger F, Beck F, Viguier J, Blay J, Coscas Y, Roussel C, et al. Increasing coverage rates for mammographic screening in France in older women – 16 years of follow-up. *The Breast Journal* 2011; 17(6):686-688.

ANNEXES

Annexe 1 - Taux de réponse aux ESCC par cycle, base de sondage et territoires choisis

Cycle 1.1 (2001)

Base de sondage	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
Aréolaire	85,1	85,7	79,9	70,2	
Téléphonique	83,0	83,3			
Total	84,7	85,5	79,9	70,2	

Cycle 2.1 (2003)

Base de sondage	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
Aréolaire	83,4	82,6	77,3	74,5	76,2
Téléphonique	78,3	74,8	65,5	68,3	77,2
Total	80,7	78,0	72,0	71,6	76,6

Cycle 3.1 (2005)

Base de sondage	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
Aréolaire	83,0	82,6	77,8	76,7	71,9
Téléphonique	75,5	72,5	65,9	62,9	64,8
Total	79,0	76,4	69,0	69,4	68,3

Cycle 4.1 – 5.1 (2007-2008)

Base de sondage	Canada	Québec	Montréal	Toronto	Vancouver
Aréolaire	80,8	82,4	78,2	75,4	72,6
Téléphonique	72,5	71,7	62,6	57,8	63,6
Total	76,4	76,6	69,5	65,5	67,8

Source : Guide d'utilisateur des fichiers de microdonnées, 2001, 2003, 2005, 2007-2008

Annexe 2 - Questions sur la mammographie posées aux ESCC / cycle (année d'enquête)

Question	ESCC (Variable par année d'enquête)			
	2001	2003	2005	2008
Q1. Avez-vous déjà passé une mammographie, c.-à-d. une radiographie du sein ? (Oui – Non)	MAMA_30	MAMC_030	MAME_030	MAM_030
Q2. Pourquoi avez-vous passé une mammographie? (réponses multiples acceptées)				
- Antécédents familiaux de cancer du sein	MAMA_31A	MAMC_31A	MAME_31A	MAM_31A
- Dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique	MAMA_31B	MAMC_31B	MAME_31B	MAM_31B
- Âge	MAMA_31C	MAMC_31C	MAME_31C	MAM_31C
- Masse dépistée lors d'une visite précédente	MAMA_31D	MAMC_31D	MAME_31D	MAM_31D
- Suivi d'un traitement du cancer du sein	MAMA_31E	MAMC_31E	MAME_31E	MAM_31E
- En hormonothérapie (supplément d'hormones)	MAMA_31F	MAMC_31F	MAME_31F	MAM_31F
- Problème mammaire	MAMA_31G	MAMC_31G	MAME_31G	MAM_31G
- Autre	MAMA_31H	MAMC_31H	MAME_31H	MAM_31H
Q3. Avez-vous passé une mammographie au cours des 2 dernières années? (Oui – Non) (Question posée aux femmes qui ont déjà passé une mammographie - c.-à-d. où Q1 = OUI)	MAMA_32	MAMC_032	MAME_032	MAM_032
Q4. Pour quelles raisons n'avez-vous pas passé une mammographie au cours de 2 dernières années? (réponses multiples acceptées)				
- N'a pas eu l'occasion de s'en occuper	MAMA_36A	MAMC_36A	MAME_36A	MAM_36A
- Pas nécessaire – selon la répondante	MAMA_36B	MAMC_36B	MAME_36B	MAM_36B
- Pas nécessaire – selon le médecin	MAMA_36C	MAMC_36C	MAME_36C	MAM_36C
- Responsabilités personnelles ou familiales	MAMA_36D	MAMC_36D	MAME_36D	MAM_36D
- Service non disponible – lorsqu'il était requis	MAMA_36E	MAMC_36E	MAME_36E	MAM_36E
- Service non disponible – dans la région	MAMA_36F	MAMC_36F	MAME_36F	MAM_36F
- Délai d'attente trop long	MAMA_36G	MAMC_36G	MAME_36G	MAM_36G
- Problèmes – de transport	MAMA_36H	MAMC_36H	MAME_36H	MAM_36H
- Problème – de langue	MAMA_36I	MAMC_36I	MAME_36I	MAM_36I
- Coût	MAMA_36J	MAMC_36J	MAME_36J	MAM_36J
- Ne savait pas où aller / mal informée	MAMA_36K	MAMC_36K	MAME_36K	MAM_36K
- Peur	MAMA_36L	MAMC_36L	MAME_36L	MAM_36L
- Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé	*	MAMC_36N	MAME_36N	MAM_36N
- A eu une ablation de sein / mastectomie	*	*	MAME_36O	MAM_36O
- Autre	MAMA_36M	MAMC_36M	MAME_36M	MAM_36M

* Question non posée.

Source : Guide d'utilisateur des fichiers de microdonnées, 2001, 2003, 2005, 2007-2008

Annexe 3 – Tableaux supplémentaires

Tableau A3.1a

Effectifs de l'échantillon (section sur la mammographie), population féminine âgée de 35 ans et plus selon le territoire et l'année de l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	47 511	49 959	49 034	25 716
Québec	8 338	10 744	11 124	4 772
Montréal	1 002	1 008	2 019	575
Toronto	876	1 238	1 155	887
Vancouver	418	543	540	310

Tableau A3.1b

Effectifs de l'échantillon (section sur la mammographie), population féminine âgée de 50 à 69 ans et plus selon le territoire et l'année de l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes

Territoire	2001	2003	2005	2008
Canada	17 420	21 036	20 902	11 615
Québec	3 225	4 823	5 105	2 352
Montréal	366	392	801	247
Toronto	288	481	397	340
Vancouver	145	181	200	119

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001, 2003, 2005 et 2008

Tableau A3.2

Répartition (en %) de la population féminine âgée de 50 à 69 ans selon certaines caractéristiques, Canada, Québec, régions de Montréal, Toronto et Vancouver, 2008

Caractéristique	Canada (n=11 615)	Québec (n=2 352)	Montréal (n=247)	Toronto (n=340)	Vancouver (n=119)
Groupe d'âge					
50-54 ans	31,3 (30-32,8)	33,1 (29,8-36,6)	30,7 (22,8-39,9)	25,2 (19,1-32,6)	32,6 (21,5-46,1)
55-59 ans	28,1 (26,7-29,6)	26,0 (23,1-29,1)	28,7 (21,6-36,9)	38,2 (29,4-47,8)	30,3 (19,3-44,1)
60-64 ans	22,8 (21,6-24,1)	23,9 (21,3-26,7)	25,5 (18,3-34,4)	21,7 (15,7-29,4)	21,2 (13,2-32,2)
65-69 ans	17,7 (16,90-18,5)	17,0 (15,3-18,9)	15,1 (10,7-20,8)	14,8 (11,1-19,6)	16,0 (10,8-22,9)
État civil					
Mariée ou en union libre	70,8 (69,5-72,1)	64,0 (60,9-67)	45,8 (37,2-54,7)	67,9 (59,5-75,3)	67,7 (56,3-77,3)
Veuve-divorcée-séparée	22,2 (21-23,5)	25,6 (22,9-28,4)	37,6 (29,6-46,3)	21,1 (14,6-29,6)	21,7 (13,5-32,8)
Célibataire (jamais mariée)	6,9 (6,3-7,7)	10,4 (8,7-12,4)	16,7 (11,7-23,1)	10,4 (6,9-15,3)	10,5 (6-17,5)
Zone de résidence					
Urbaine	79,3 (78,2-19,7)	77,7 (75,2-80,1)			
Rurale	20,7 (19,7-21,8)	22,3 (19,9-24,8)			
Pays de naissance					
Canada	73,9 (72,3-75,4)	87,4 (84,3-90)	62,0 (52,2-71)	33,4 (25,5-42,4)	37,8 (26,8-50,2)
Ailleurs	26,1 (24,6-27,7)	12,6 (10-15,7)	38,0 (29-47,8)	66,6 (57,6-74,5)	62,2 (49,8-73,2)

Caractéristique	Canada (n=11 615)	Québec (n=2 352)	Montréal (n=247)	Toronto (n=340)	Vancouver (n=119)
Lieu de naissance					
Amérique du Nord	75,7 (74,1-77,2)	86,5 (83,6-89)	64,2 (54,4-73)	33,4 (25,7-42,1)	37,9 (27,2-50)
Europe	11,0 (10-12)	4,2 (3-5,8)	8,9 (5-15,3)	20,9 (15,2-28)	12,5 (6,6-22,3)
Asie	8,9 (7,8-10,1)	3,2 (1,8-5,6)	10,9 (5,7-19,8)	29,1 (21,2-38,4)	44,9 (32,6-58)
Autre	4,5 (3,6-5,5)	6,1 (4,5-8,2)	16,1 (10,1-24,6)	16,6 (10,7-25)	...
Statut de résidence				0,000	
Immigrante récente (<10 ans ici)	2,0 (1,4-2,7)	...	...	...	...
Immigrante de longue date (>= 10 ans)	23,4 (21,9-25)	11,0 (8,6-14,1)	33,4 (24,7-43,4)	57,6 (48-66,6)	...
Non-migrante	74,6 (73,1-76,2)	88,1 (85-90,6)	63,8 (53,9-72,7)	37,0 (29-45,8)	...
Niveau de scolarité					
Sans diplôme d'études secondaires	19,1 (17,8-20,4)	23,5 (21-26,3)	20,1 (13,5-28,7)	17,9 (10,7-28,3)	12,8 (6,9-22,3)
Plus d'un diplôme d'études secondaires	26,0 (24,6-27,6)	23,4 (20,6-26,5)	16,3 (10,7-24,2)	26,0 (19,1-46)	31,0 (19,1-46)
Études postsecondaires	54,9 (53,3-56,5)	53,1 (49,8-56,3)	63,6 (54,3-72)	56,2 (46,8-65,1)	56,3 (42,5-69,1)
Quintile de revenu					
Q1 (Faible)	19,4 (18-20,8)	19,8 (17,1-22,9)	21,4 (13,8-31,7)	18,9 (11,3-29,9)	22 (11,9-37)
Q2	20,3 (19-21,7)	22,5 (19,7-25,6)	20,8 (14,8-28,5)	16,4 (11-23,8)	21,5 (11,2-37,2)
Q3	20,2 (18,7-21,7)	17,9 (15,5-20,6)	23,7 (16,6-32,7)	23 (13,4-36,5)	16,7 (9-28,8)
Q4	19,1 (17,8-20,4)	18,8 (16-21,9)	16,7 (9,8-26,9)	14,4 (9,7-20,8)	20,2 (11-34,3)
Q5 (élevé)	21,1 (19,7-22,6)	21,0 (17,9-24,4)	17,4 (11,2-26)	27,3 (18,4-38,3)	19,7 (10-35,1)
Avoir un médecin de famille					
Oui	92,1 (91,2-92,9)	85,8 (83,1-88,1)	78,0 (69-84,9)	97,9 (95,5-99,1)	95,0 (88,6-97,8)
Non	7,9 (7,1-8,8)	14,2 (11,9-16,9)	22,0 (15,1-31)	...	...
Avoir vu un médecin la dernière année					
Oui	86,4 (85,4-87,4)	84,4 (82-86,5)	83,2 (75,3-88,9)	90,2 (84,1-94,2)	87,2 (78,1-92,9)
Non	13,6 (12,6-14,6)	15,6 (13,5-18)	16,8 (11,1-24,7)	9,8 (5,9-15,9)	12,8 (7,1-21,9)
État de santé perçu					
Excellent	18,6 (17,5-19,8)	22,9 (20,2-25,8)	25,0 (17,7-34,1)	12,2 (8,7-16,9)	20,3 (11,8-32,6)
Très bon	34,5 (33-35,9)	29,8 (26,9-32,8)	27,3 (20,4-35,5)	35,9 (27,9-44,7)	22,1 (13,3-34,4)
Bon	30,9 (29,5-32,4)	33,4 (30,3-36,6)	27,5 (20,2-36,4)	28,6 (20,6-38)	38,5 (27,1-51,4)
Passable	11,4 (10,4-12,4)	10,4 (8,7-12,4)	12,3 (7,5-19,6)	17,8 (11,3-26,9)	16,8 (8,5-30,5)
Mauvais	4,7 (4,1-5,4)	3,6 (2,6-5)	7,8 (4,3-14)	5,6 (3,3-9,3)	...
Stress quotidien perçu					
Faible	39,8 (38,3-41,3)	44,9 (41,4-48,4)	40,0 (31,5-49)	35,5 (27,4-44,5)	35,9 (25,5-47,9)
Moyen	37,9 (36,4-39,4)	34,1 (30,8-37,5)	33,3 (25,7-41,9)	36,6 (27,7-46,5)	40,4 (28,5-53,5)
Élevé	22,3 (21,1-23,7)	21,1 (18,5-23,8)	26,7 (19,7-35,2)	27,9 (20,9-36,2)	23,7 (14,9-35,4)
Sentiment d'appartenance à la communauté					
Très ou assez fort	66,9 (65,3-68,5)	55,9 (52,6-59)	58,3 (49,7-66,5)	65,9 (57,8-73,3)	65,2 (52-76,4)
Assez ou très faible	33,1 (31,5-34,7)	44,1 (41-47,4)	41,7 (33,5-50,3)	34,1 (26,7-42,2)	34,8 (23,6-48)
Type de fumeuse					
Actuelle	18,4 (17,3-19,6)	21,3 (18,8-24)	21,1 (15-28,8)	14,9 (8,5-24,9)	...
Ancienne	43,5 (42-45,1)	50,4 (47,2-53,6)	46,3 (37,3-55,5)	25,5 (18,5-34,1)	27,4 (18,6-3,4)
Jamais fumé	38,1 (36,5-39,6)	28,3 (25,5-31,4)	32,6 (24,2-42,3)	59,5 (49,5-68,9)	63,5 (50,5-74,7)
Activité de loisir					
Actif	20,2 (18,9-21,4)	19,6 (17,2-22,3)	19,7 (13,7-27,5)	12,0 (8,4-16,9)	25,6 (16,7-37,2)
Modérément actif	25,1 (23,9-26,4)	24,0 (21,4-26,7)	22,9 (16,7-30,5)	21,7 (15,8-29)	33,7 (22,5-47)
Inactif	54,7 (53,2-56,2)	56,4 (53,1-59,7)	57,4 (48,6-65,7)	66,3 (58,3-73,5)	40,7 (28,5-54,3)
Indice de masse corporelle					
Poids insuffisant	2,4 (1,9-3,1)	2,6 (1,8-3,8)	...	...	...
Poids normal	44,2 (42,5-45,9)	48,7 (45,3-52,1)	52,7 (43,6-61,7)	48,9 (39,7-58,2)	68,2 (56,6-77,9)

Caractéristique	Canada (n=11 615)	Québec (n=2 352)	Montréal (n=247)	Toronto (n=340)	Vancouver (n=119)
Embonpoint	33,6 (32,1-35,2)	31,4 (28,5-34,4)	28,5 (21,8-36,4)	35,8 (26,8-46)	17,6 (10,8-27,2)
Obèse	19,7 (18,7-20,8)	17,3 (15,2-19,7)	17,1 (11,3-24,9)	13,0 (9,2-18,1)	...
Souffre d'un cancer					
Oui	4,7 (4,1-5,3)	4,2 (3,2-5,4)	4,9 (2,7-8,6)	4,3 (2,5-7,3)	...
Non	95,3 (94,7-95,9)	95,8 (94,6-96,8)	95,1 (91,4-97,3)	95,7 (92,7-97,5)	...
Déjà passé un test PAP					
Oui	92,1 (91-93,1)	85,5 (82,8-87,9)	85,0 (75,9-91)	86,0 (74,8-92,7)	85,4 (72,7-92,8)
Non	7,9 (6,9-9)	14,5 (12,1-17,2)	15,0 (9-24,1)	14,0 (7,3-25,2)	...
Dernier test PAP					
< 6 mois	17,6 (16,4-18,9)	19,1 (16,2-22,4)	24,8 (17,8-33,5)	15,1 (10,4-21,4)	24,8 (13-42)
6 mois à <1 an	27,5 (25,9-29,1)	25,5 (22,3-29)	25,6 (18,2-34,8)	34,5 (24,3-46,3)	18,1 (11,5-27,3)
1 an à <3 ans	26,8 (25,4-28,2)	23,3 (20,6-26,3)	20,6 (14,2-28,7)	27,2 (19,3-37)	43,2 (29,7-57,8)
3 ans à <5 ans	7,4 (6,5-8,3)	7,2 (5,5-9,3)	5,8 (3,0-10,8)	4,9 (2,9-8)	...
5 ans ou plus	20,8 (19,6-22,1)	24,9 (22-28)	23,2 (16,4-31,7)	18,3 (12-27)	...
Nombre de problèmes chroniques					
Aucun	27,1 (25,6-28,6)	31,6 (28,5-34,8)	28,8 (21,1-37,9)	23,9 (17,4-32)	27,9 (17,2-41,9)
Au moins un	72,9 (71,4-74,4)	68,4 (65,2-71,5)	71,2 (62,1-78,9)	76,1 (68-82,6)	72,1 (58,1-82,8)

Source des données : Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Les proportions en caractères italiques doivent être interprétées avec prudence (leur coefficient de variation se situe entre 16,7 % et 33,3 % : 16,6 % < cv <= 33,3 %).

--- N'ayant pas lieu de figurer (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

Tableau A4a (cotes et IC corrigés)

Rapports de cote corrigés (RC) pour certaines caractéristiques relativement aux femmes âgées de 50 à 69 ans croyant que le recours à la mammographie les deux dernières années n'est pas nécessaire, Canada, 2008

Caractéristique	Catégorie	Mammographie récente pas nécessaire	
		RC	Intervalle de confiance
État civil	Vivant en couple †	1,00	...
	Séparée / divorcée	1,25	0,89 – 1,75
	Veuve	1,18	0,73 – 1,89
	Célibataire	1,55*	1,04 – 2,31
Lieu de naissance	Amérique du nord †	1,00	...
	Europe	1,15	0,78 – 1,69
	Asie	2,16*	1,21 – 3,86
	Ailleurs	2,42*	1,24 – 4,70
Souffre d'un cancer	Oui	0,38*	0,19 – 0,76
	Non †	1,00	...
Stress quotidien perçu	Pas du tout †	1,00	...
	Pas tellement	0,54*	0,35 – 0,82
	Un peu	0,51*	0,34 – 0,75
	Assez	0,37*	0,24 – 0,59
	Extrêmement	0,38*	0,20 – 0,72
(n)		(3 060)	

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménages privés

Les cas de non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour le revenu du ménage

Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0 sont significatifs

* Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse

...N'ayant pas lieu de figurer

† Catégorie de référence

Tableau A4b (Version avec stress dichotomisé)

Rapports de cote corrigés (RC) pour certaines caractéristiques relativement aux femmes âgées de 50 à 69 ans croyant que le recours à la mammographie les deux dernières années n'est pas nécessaire, Canada, 2008

Mammographie récente pas nécessaire			
Caractéristique	Catégorie	RC	Intervalle de confiance
État civil	Vivant en couple †	1,00	...
	Séparée / divorcée	1,21	0,86 – 1,68
	Veuve	1,18	0,74 – 1,89
	Célibataire	1,54*	1,04 – 2,29
Lieu de naissance	Amérique du nord †	1,00	...
	Europe	1,13	0,77 – 1,67
	Asie	2,21*	1,24 – 3,91
	Ailleurs	2,40*	1,24 – 4,64
Souffre d'un cancer	Oui	0,37*	0,18 – 0,74
	Non †	1,00	...
Stressée quotidiennement	Oui †	1,00	...
	Non	2,08*	1,45-2,99
(n)		(3 060)	

Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Notes : Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménages privés

Les cas de non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour le revenu du ménage

Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0 sont significatifs

* Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse

... N'ayant pas lieu de figurer

† Catégorie de référence

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 