



# Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes (2018)

Dr Scott Klarenbach, M.D., M. Sc.  
Président du groupe de travail

*Mettre la prévention en pratique*

# Utilisation des diapositives

- Ces diapositives sont mises **à la disposition du public** à la suite de la publication de la ligne directrice comme outil pédagogique pour contribuer à la diffusion, à l'adoption et à la mise en œuvre des lignes directrices dans la pratique clinique en soins de santé primaires.
- Une partie ou l'ensemble des diapositives dans ce diaporama peuvent être utilisées dans des contextes éducatifs.



# Groupe de travail sur le dépistage du cancer

## Membres du Groupe d'étude

- Scott Klarenbach (président)
- Brett Thombs
- Harminder Singh
- Gaby Lewin
- Guylène Thériault
- Marcello Tonelli

## Porte-parole du Groupe d'étude

Ainsley Moore  
Donna Reynolds  
Guylène Thériault

## Membres sans droit de vote

### Agence de la santé publique du Canada

- Susan Courage
- Alejandra Jaramillo Garcia
- Nicki Sims-Jones

### Centres d'examen et de synthèse des données probantes

- (AB) Lisa Hartling, Jennifer Pillay, Robin Featherstone, Ben Vandermeer, Tara MacGregor
- (ON) David Moher, Julian Little, Pauline Barbeau, Adrienne Stevens, Andrew Beck, Becky Skidmore



# Aperçu du webinaire

- **Présentation**
  - Contexte associé au cancer du sein
  - Méthodes utilisées par le GÉCSSP
  - Recommandations
  - Justification des recommandations
  - Considérations pour la mise en œuvre
  - Conclusions
- **Questions et réponses**





# Dépistage du cancer du sein

## CONTEXTE

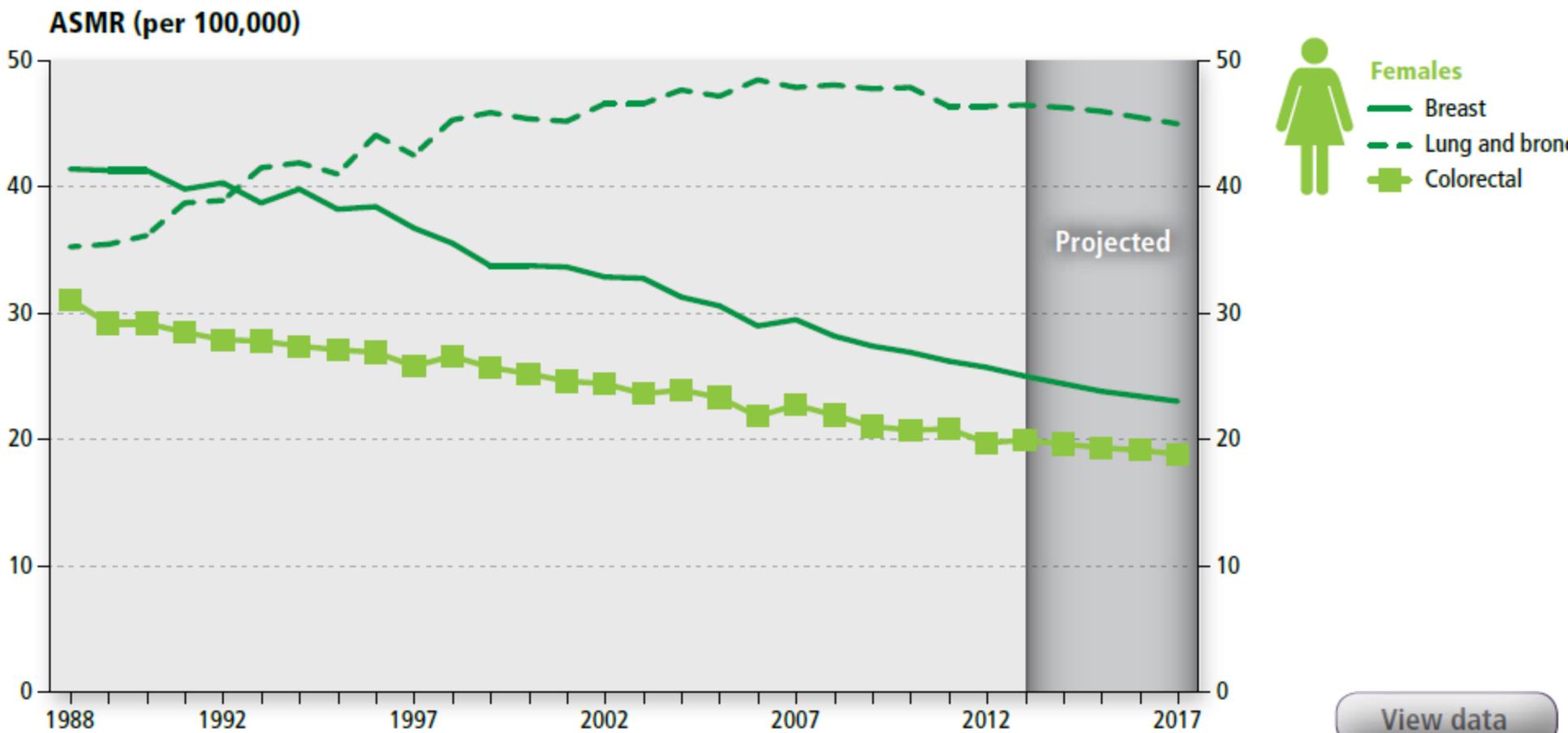
# Le cancer du sein au Canada

- Deuxième cause de décès par cancer chez les Canadiennes.
- L'incidence normalisée selon l'âge est restée stable depuis 2004 :
  - 130,1 femmes sur 100 000.
- Diminution des taux de mortalité par cancer du sein chez les Canadiennes :
  - 41,7 femmes sur 100 000 (1986);
  - 23,4 femmes sur 100 000 (2016, projeté).
- Facteurs pouvant avoir contribué :
  - L'impact positif des programmes de dépistage du cancer du sein;
  - Un traitement plus efficace du cancer du sein;
  - Ces deux facteurs.
- Intégration actuelle du dépistage :
  - 54 % des Canadiennes âgées de 50 à 69 ans subissent un dépistage (2014; sur une période de 30 mois; dans le cadre des programmes de dépistage);
  - Le nombre de femmes qui subissent un dépistage en dehors d'un programme est inconnu.



# Taux de mortalité normalisé selon l'âge pour les cancers féminins de 1988 à 2017

FIGURE 2.5 Age-standardized mortality rates (ASMR) for selected\* cancers, females, Canada, 1988–2017



[View data](#)



# Portée de la ligne directrice

- Cette ligne directrice est une *mise à jour* des recommandations précédentes (2011) du Groupe d'étude, pour les professionnels en soins de santé primaires, sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 74 ans **qui ne sont pas à risque accru** de cancer du sein.
- Les caractéristiques des femmes à **risque accru** comprennent :
  - des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein;
  - les femmes porteuses de mutations génétiques comme BRCA1 ou BRCA2 ou qui ont un parent au premier degré ayant ces mutations génétiques;
  - les femmes ayant subi une radiothérapie thoracique avant l'âge de 30 ans ou au cours des huit dernières années.





# Dépistage du cancer du sein

## MÉTHODES

# Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

- Organisme indépendant composé d'un maximum de 15 cliniciens et spécialistes de la méthodologie.
- Mandat :
  - Élaborer des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des données probantes qui viennent appuyer les professionnels en soins de santé primaires dans leur prestation de soins de santé préventifs.



# Centres d'examen et de synthèse des données probantes (CESDP)

- Effectuent une revue systématique de la littérature en fonction du cadre d'analyse;
- Préparent une revue systématique des données probantes avec des tableaux GRADE;
- Participent aux réunions du groupe de travail et du GÉCSSP.



# Procédure d'examen du GÉCSSP

- **Personnes impliquées dans la procédure d'examen interne :**
  - Les membres du groupe de travail sur la ligne directrice et d'autres membres du GÉCSSP.
- **Examen externe effectué à différentes étapes clés :**
  - Protocole, revue(s) systématique(s) et ligne directrice
- **Groupes d'intervenants agissant à titre d'examineurs externes :**
  - Intervenants généralistes ou spécialistes de la maladie
  - Intervenants fédéraux et provinciaux ou territoriaux
  - Collègues examineurs du milieu universitaire
- **Le JAMC** entreprend une démarche d'examen indépendant par **les pairs** pour réviser les lignes directrices avant d'en autoriser la publication.



# Recommandations pour le dépistage du cancer du sein selon deux revues des données probantes :

**Partie A : Un compte-rendu des données probantes pour soutenir la mise à jour de la ligne directrice de 2011 du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.**

Barbeau P., Stevens A., Beck A., Skidmore B., Arnaout A., Brackstone M. et coll.

(Préparé par le Groupe de synthèse des connaissances du Centre de méthodologie d'Ottawa de l'Institut de recherche en santé d'Ottawa pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs engagé sous contrat par l'Agence de santé publique du Canada). GÉCSSP; octobre 2017.

**Partie B : Une revue systématique sur les valeurs et les préférences des femmes pour soutenir la mise à jour de la ligne directrice de 2011 du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.**

Pillay J., MacGregor T., Hartling L. et Featherstone R.

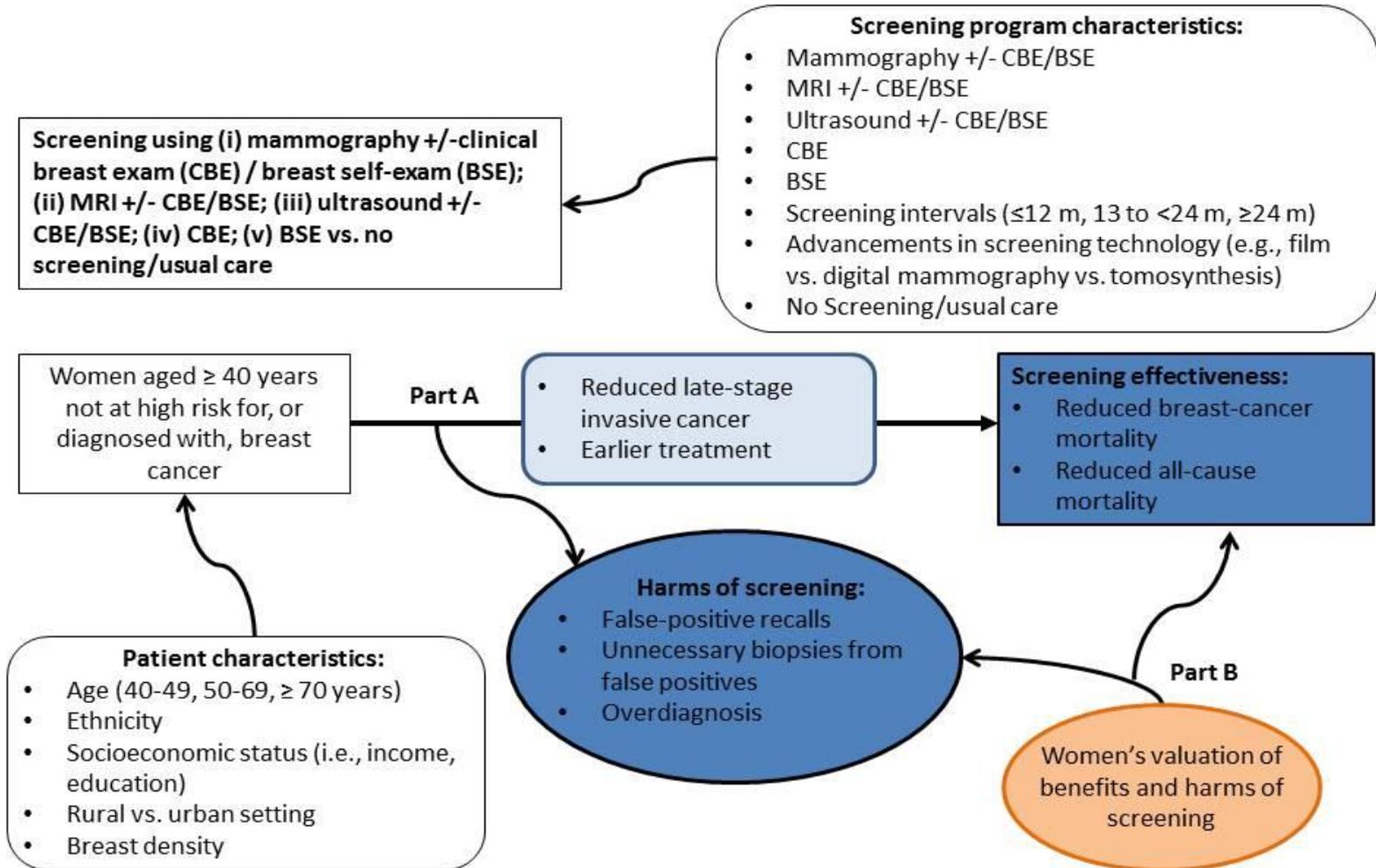
(Préparé par l'Alberta Evidence Review Synthesis Centre pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs engagé sous contrat par l'Agence de santé publique du Canada). GÉCSSP; octobre 2017.

**Les deux seront disponibles sur le site Web du Groupe d'étude :**

[www.canadiantaskforce.ca](http://www.canadiantaskforce.ca)



# Cadre analytique



Part A: Benefit and harm outcomes  
Part B: Women's value and preferences



La méthode « **GRADE** » : **G**radings of **R**ecommendations, **A**ssessment, **D**evelopment & **E**valuation (classement des recommandations, évaluation, développement et réévaluation)



# La méthode GRADE (1) Définir la question et recueillir les données probantes

- Définir les questions en termes de populations, de stratégies de prise en charge alternatives et de résultats importants pour les patientes.
- Caractériser les résultats comme étant essentiels ou importants pour la formulation des recommandations.
- Effectuer une recherche systématique des études pertinentes par ERSC(s).
- En fonction des critères prédéfinis sur les études admissibles, procéder à la meilleure estimation de l'effet de l'intervention sur chaque résultat essentiel et important.
- Évaluer le degré de certitude des données probantes associé à l'estimation de cet effet.



# La méthode GRADE (2) Évaluer le degré de certitude des données probantes

Selon la méthode GRADE :

- Les essais cliniques aléatoires (ECA) constituent des données probantes de grande certitude alors que les études d'observation représentent des données probantes de faible certitude.
- Les ECA obtiennent la priorité par rapport aux études d'observation.
- L'évaluation du degré de certitude est modifiée à la baisse, pour chaque résultat, d'une étude à l'autre, dans le contexte suivant :
  - Limites de l'étude (risque de biais);
  - Imprécision;
  - Incohérence des résultats;
  - Données probantes indirectes;
  - Probabilité de biais de publication (qui fait partie de la mise à jour des critères ci-dessous);
- L'évaluation du degré de certitude est modifiée à la hausse, pour chaque résultat, d'une étude à l'autre, dans le contexte suivant :
  - Biais de publication (non détecté);
  - Grande ampleur de l'effet;
  - Relation dose-effet;
  - Aucune preuve de variables confusionnelles susceptibles de minimiser l'effet.



# La méthode GRADE (3) Évaluer le degré de certitude et la solidité des recommandations

## 1. Degré de certitude

- **Certitude** que les données probantes disponibles illustrent correctement l'effet réel.

*Élevé, moyen, faible, très faible*

## 2. Solidité des recommandations

- **Certitude** des données probantes à l'appui
- Effets souhaitables et indésirables
- Valeurs et préférences
- Utilisation des ressources

*Fortes, conditionnelles*





# Dépistage du cancer du sein

## RECOMMANDATIONS

# Recommandations pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 74 ans qui ne sont pas à risque accru :

## Dépistage chez les femmes âgées de 40 à 49 ans :

- *Chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, nous ne recommandons pas le dépistage par mammographie; la décision d'avoir ou non un dépistage dépend de la valeur relative qu'une femme accorde aux bénéfices et préjudices possibles du dépistage. (Recommandation conditionnelle; données probantes de faible certitude)*

## Dépistage chez les femmes âgées de 50 à 69 ans :

- *Chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, nous recommandons le dépistage par mammographie tous les 2 à 3 ans; la décision d'avoir ou non un dépistage dépend de la valeur relative qu'une femme accorde aux bénéfices et préjudices possibles du dépistage. (Recommandation conditionnelle; données probantes de très faible certitude)*

## Dépistage chez les femmes âgées de 70 à 74 ans :

- *Chez les femmes âgées de 70 à 74 ans, nous recommandons un dépistage par mammographie tous les 2 à 3 ans; la décision d'avoir ou non un dépistage est conditionnelle à la valeur relative qu'une femme accorde aux bénéfices et préjudices possibles du dépistage. (Recommandation conditionnelle données probantes de très faible certitude)*



## Recommandations sur les autres modalités de dépistage du cancer du sein, en dehors de la mammographie :

- *Nous ne recommandons pas l'imagerie par résonance magnétique, la tomosynthèse ou l'échographie pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes qui ne sont pas à risque accru. (Recommandation **forte**; absence de données probantes)*
- *Nous ne recommandons pas l'examen clinique des seins pour le dépistage du cancer du sein. (Recommandation **conditionnelle**; absence de données probantes)*
- *Nous recommandons de ne pas conseiller aux femmes de pratiquer l'auto-examen des seins pour le dépistage d'un cancer du sein. (Recommandation **conditionnelle**; données probantes de faible certitude)*



# Les résultats du dépistage du cancer du sein

## Bénéfices

- Mortalité toutes causes confondues :
  - Des données probantes tirées d'essais cliniques ne démontrent aucune différence significative en termes de mortalité toutes causes confondues à la suite du dépistage.
- Mortalité liée au cancer du sein :
  - Les résultats sur la mortalité liée au cancer du sein sont présentés dans les diapositives suivantes.

## Préjudices

- Surdiagnostic avec séquelles indésirables associées à un traitement inutile;
- Conséquences des faux positifs (y compris les biopsies) :
  - Les résultats sur les préjudices encourus sont présentés dans les diapositives suivantes.



# Données probantes sur les bénéfices du dépistage du cancer du sein (Barbeau et coll., 2017)

- Huit ECA ou essai clinique quasi aléatoires fournissaient des renseignements sur les bénéfices du dépistage du cancer du sein par mammographie :
  - Menés de 1963 à 1991 en Suède, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni.
  - Entre 18 000 et 160 000 femmes ont été réparties de façon aléatoire dans le cadre des essais cliniques, le suivi moyen étant de 18 à 30 ans.
  - Les intervalles de dépistage se situaient entre 12 et 33 mois.
  - La durée de la période de dépistage était de 3 à 12 ans (médiane à 7 ans).
  - Les taux de participation étaient de 65 % à 88 %.
- Le degré de certitude des données probantes provenant de ces essais a été évalué comme étant plus faible que dans la revue des données probantes de 2011, en raison de *très graves* préoccupations relatives au risque de biais.



# Bénéfices du dépistage : mortalité liée au cancer du sein (Barbeau et coll., 2017)

Âge	Risque relatif** (IC de 95 %)	Effet absolu pour 1000 femmes ayant subi un dépistage avec une médiane de 7 ans (IC de 95 %)	Nombre de dépistages nécessaires (IC de 95 %)	Évaluation du degré de certitude des données probantes GRADE
40 à 49	0,85 (0,78 à 0,93)	0,58 en moins (0,27 à 0,85 en moins)	1 724 (1 176 à 3 704)	⊕⊕○○ FAIBLE
50 à 59	0,85 (0,78 à 0,93)	0,75 en moins (0,35 à 1,10 en moins)	1 333 (909 à 2 857)	⊕○○○ TRÈS FAIBLE
60 à 69	0,85 (0,78 à 0,93)	0,92 en moins (0,43 à 1,35 en moins)	1 087 (741 à 2 326)	⊕⊕○○ FAIBLE
70 à 74	0,85 (0,78 à 0,93)	1,55 en moins (0,72 à 2,27 en moins)	645 (441 à 1 389)	⊕○○○ TRÈS FAIBLE



# Preuves sur les préjudices du dépistage du cancer du sein (Barbeau et coll., 2017)

- **Surdiagnostic** : cancer qui ne serait pas devenu apparent dans la vie d'une femme ou qui n'aurait pas causé de préjudices s'il n'avait pas été détecté par le dépistage.
  - Nouvelles données probantes provenant d'un ECA canadien (risque *modéré* de biais) (Baines, To et Miller, 2016);
  - Ils ont calculé la différence entre le nombre cumulatif de cancers du sein envahissants et in situ dans le groupe *ayant subi un dépistage* et dans le groupe *témoin* de l'ÉNCDCS au fil du temps;
  - Apprenez-en plus sur le surdiagnostic dans la diapositive suivante.
- **Faux positifs** : dépistage positif chez les femmes qui n'ont pas de cancer du sein
  - Mènent à de multiples examens et, dans certains cas, à une biopsie ;
  - Calculé à partir des données du PCCC.



# Le surdiagnostic et le dépistage du cancer du sein

- Les préoccupations en matière de surdiagnostic associé au dépistage du cancer du sein sont appuyées par les faits suivants :
  - Là où le dépistage a été mis en place, les augmentations d'incidence de cancer du sein ne sont pas associées à une baisse correspondante du nombre de diagnostics de cancers en stade avancé.
  - Le nombre de cancers du sein diagnostiqués chez des groupes de femmes qui font l'objet d'un dépistage reste supérieur à celui des femmes qui ne subissent pas de dépistage au cours des décennies. Cette différence devrait diminuer au fil du temps en l'absence de surdiagnostic alors que les cancers sont évalués par d'autres moyens ou deviennent symptomatiques.
- Les personnes qui élaborent les lignes directrices nationales américaines ou britanniques estiment que, pour chaque décès lié au cancer du sein évité, 2 à 3 femmes reçoivent un surdiagnostic et souffrent de séquelles indésirables associées à un traitement inutile (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie).



## Préjudices liés au dépistage : proportion estimée de cancers du sein surdiagnostiqués en raison du dépistage

		Pourcentage de cancers du sein Nombre estimé de surdiagnostics	
Âge des femmes lors du dépistage initial	Nombre d'années après le dépistage	Cancers envahissants et in situ	Cancers envahissants
40 à 49	5	41 %	32 %
	20	55 %	48 %
50 à 59	5	25 %	16 %
	20	16 %	5 %



## Préjudices liés au dépistage : faux positifs et biopsies inutiles provenant d'une cohorte estimée de 1 000 femmes

	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 74 ans
<b>Pour 1 000 femmes ayant subi un dépistage (3 cycles de dépistage lors desquels les femmes subissent un dépistage tous les 2 à 3 ans, pour un total de 6 à 9 ans de période de dépistage)</b>				
<b>Mammographie FP</b>	294	294	256	219
<b>Biopsies basées sur des FP</b>	43	37	35	30
<b>Pour chaque décès lié au cancer du sein évité</b>				
<b>Mammographie FP (basée sur 3 cycles de dépistage)</b>	508	392	278	141
<b>Biopsies basées sur des FP (basées sur 3 cycles de dépistage)<sup>2</sup></b>	74	50	38	19

Analyse des données du PCCC par Barbeau et coll. . 2017



# Preuves sur les autres modalités de dépistage du cancer du sein (Barbeau et coll., 2017)

- Auto-examen des seins
  - Aucune différence dans la mortalité liée au cancer du sein
- Examen clinique du sein
  - Absence de données probantes répondant aux critères d'efficacité pour le dépistage du cancer du sein
- Autres modalités de dépistage (y compris la tomosynthèse, l'IRM et l'échographie)
  - Absence de données probantes répondant aux critères d'efficacité pour le dépistage du cancer du sein



# Valeurs et préférences des patientes en matière de dépistage du cancer du sein



## Valeurs et préférences des patientes en matière de dépistage du cancer du sein (Pillay et coll., 2017)

- Vingt-neuf études identifiées.
- Elles ont examiné l'**importance relative** que les femmes accordaient aux **bénéfices** et aux **préjudices** du dépistage du cancer du sein.
- Elles ont examiné comment ces évaluations pouvaient avoir influencé les décisions en matière de dépistage :
  - Publiées entre 2000 et 2017 (la plupart après 2010);
  - Menées dans 11 pays différents (une au Canada);
  - Cinq études qualitatives, neuf ECA, un essai clinique à un seul groupe, huit sondages transversaux, trois études non contrôlées avant et après le dépistage, deux études déclarées préférentielles et un seul jury de délibération.
- Les études variaient considérablement dans la façon dont les renseignements sur les bénéfices et les préjudices étaient présentés.
  - Elle fournissaient, en général, des renseignements sur un rapport bénéfices-préjudices élevé.



## **Valeurs et préférences des patientes (suite) (Pillay et coll., 2017)**

Après avoir reçu des renseignements sur les bénéfices et les préjudices absolus :

### **Femmes âgées de 40 à 49 ans :**

- Une proportion importante de femmes a choisi de ne pas subir de dépistage.

### **Femmes âgées de 50 à 69 ans :**

- Plusieurs, mais pas toutes, ont choisi de subir un dépistage.
  - La diminution de la mortalité liée au cancer du sein à la suite d'un dépistage est très valorisée par les femmes.
  - Comparativement à la mortalité liée au cancer du sein, les préjudices (surdiagnostic, faux positifs) ont beaucoup moins de poids dans la décision des femmes de subir un dépistage.

### **Femmes âgées de 70 ans et plus :**

- Plusieurs, mais pas toutes, ont choisi de subir un dépistage.
  - L'acceptation de la poursuite du dépistage est passablement élevée.





## Dépistage du cancer du sein

# JUSTIFICATION DES RECOMMANDATIONS

## Points importants

- Les données probantes de faible certitude indiquent que le dépistage du cancer du sein par mammographie peut entraîner une diminution modeste de la mortalité associée au cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 74 ans,
  - les bénéfices absolus étant les plus faibles chez les femmes de moins de 50 ans.
- Le dépistage mène au surdiagnostic qui, lui, conduit à des traitements inutiles associés au cancer.
- Le dépistage mène à des résultats faussement positifs qui peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques.
  - Le surdiagnostic et les faux positifs, ainsi que les biopsies associées, sont plus fréquents chez les femmes plus jeunes.



## Points importants (suite)

- Les données probantes sur les valeurs et les préférences des femmes en matière de dépistage suggèrent que, lorsqu'elles sont informées des résultats pour leur groupe d'âge :
  - Une importante proportion de femmes âgées de 40 à 49 ans choisissent de ne pas subir de dépistage;
  - Les femmes plus âgées choisissent souvent le dépistage compte tenu d'un équilibre plus favorable entre les bénéfices et les préjudices.

### Compte tenu de ce qui suit :

- Données probantes de faible certitude sur les bénéfices et les préjudices liés au dépistage du cancer du sein;
- Variabilité dans les préférences des patientes.
- Une **prise de décision partagée** doit se faire avec le professionnel de la santé :
  - Chez toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans;
  - Il faut les soutenir pour qu'elles puissent faire un choix éclairé sur le dépistage;
  - Doit être une décision éclairée fondée sur les valeurs et les préférences individuelles.



## Femmes de 40 à 49 ans qui ne sont pas à risque accru

- Diminution très faible et incertaine de la mortalité liée au cancer du sein.
- Risque plus élevé de surdiagnostic, qui entraîne un traitement inutile et des conséquences néfastes associées aux faux positifs, que chez les femmes plus âgées.
- Les valeurs et les préférences des femmes de ce groupe d'âge indiquent que beaucoup d'entre elles ne veulent pas subir de dépistage.

L'analyse des bénéfices et des préjudices, et les préférences des patientes, nous amènent à ne pas recommander d'effectuer de dépistage chez les femmes de ce groupe d'âge bien que;

- Cette recommandation est conditionnelle parce que certaines femmes peuvent souhaiter subir un dépistage en fonction de leurs valeurs et de leurs préférences;
- Les prestataires de soins de santé doivent favoriser une prise de décision partagée avec les femmes de ce groupe d'âge qui expriment leur intérêt à subir un dépistage.



## Femmes de 50 à 69 ans qui ne sont pas à risque accru

- Diminution modeste de la mortalité liée au cancer du sein.
- Bien que plus faible que chez les femmes plus jeunes, les risques de surdiagnostics entraînant un traitement inutile et les conséquences associées aux résultats faussement positifs demeurent.
- Les femmes de ce groupe d'âge accordent de la valeur à la diminution de la mortalité liée au cancer du sein qui découle du dépistage, malgré les préjudices potentiels.

L'analyse des bénéfices et des préjudices, et les préférences des patientes nous amènent à recommander d'effectuer de dépistage chez les femmes de ce groupe d'âge. Cependant :

- Les professionnels de la santé doivent favoriser une prise de décision partagée avec ces femmes puisque celles qui accordent une plus grande valeur au fait d'éviter les préjudices par rapport à une modeste diminution absolue de la mortalité associée au cancer du sein peuvent choisir de ne pas subir de dépistage.



# Femmes de 70 à 74 ans qui ne sont pas à risque accru

- Diminution modeste de la mortalité liée au cancer du sein.
- Bien que plus faible que chez les femmes plus jeunes, les risques de surdiagnostics entraînant un traitement inutile et les conséquences associées aux résultats faussement positifs demeurent.
- Les femmes de ce groupe d'âge accordent de la valeur à la poursuite du dépistage, et ce, malgré les préjudices.

L'analyse des bénéfices et des préjudices, et les préférences des patientes nous amènent à recommander d'effectuer de dépistage chez les femmes de ce groupe d'âge. Cependant :

- Les professionnels de la santé doivent favoriser une prise de décision partagée chez ces femmes puisque celles qui accordent une plus grande valeur au fait d'éviter les préjudices, par rapport à une modeste diminution absolue de la mortalité associée au cancer du sein, peuvent choisir de ne pas subir de dépistage.





## Dépistage du cancer du sein

### CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

## Recommandations conditionnelles :

- Utilisées lorsque :
  - les effets souhaitables l'emportent *probablement* sur les effets indésirables ou
  - les effets indésirables l'emportent *probablement* sur les effets souhaitables, mais il existe un degré d'incertitude important.
- Plusieurs raisons pour lesquelles une recommandation peut être « conditionnelle » :
  - Équilibre très précaire entre les bénéfices et les préjudices;
  - Données probantes de faible certitude dans les estimations de l'effet;
  - Incertitude ou variabilité des valeurs et des préférences des patientes.
- Les recommandations soulignent les considérations qui sont importantes à mettre en œuvre à l'échelle de la patiente et du professionnel de la santé.
  - Il existe une vaste gamme de valeurs et de préférence chez les femmes qui auront une influence sur leur décision de subir ou non un dépistage.
  - Nous devons favoriser une prise de décision partagée avec certaines patientes :
    - Reconnaissez que chaque patiente pourra faire des choix différents, mais appropriés pour elle;
    - Aidez chaque personne à prendre une décision conforme à ses valeurs et ses préférences.



# Autres recommandations nationales en matière de dépistage du cancer du sein :

- United States Preventive Services Task Force, 2016
  - Recommande une mammographie de dépistage bisannuelle chez les femmes âgées de 50 à 74 ans;
  - Décision individuelle fondée sur les valeurs de chaque femme âgée de 40 à 49 ans;
  - Les données probantes actuelles sont *insuffisantes* pour évaluer les bénéfices et les préjudices de la tomosynthèse mammaire numérique comme principale méthode de dépistage;
  - Les données probantes actuelles sont *insuffisantes* pour évaluer l'équilibre entre les bénéfices et les préjudices du dépistage complémentaire du cancer du sein à la suite d'une mammographie négative chez les femmes ayant des seins denses.
- Apprenez-en plus sur le dépistage chez les femmes ayant un tissu mammaire dense sur la diapositive suivante.



# Dépistage chez les femmes ayant un tissu mammaire dense

Résumé des informations provenant de la ligne directrice de la USPSTF (2016) :

- Environ 43 % des femmes âgées de 40 à 74 ans vivant aux États-Unis sont considérées comme ayant des seins denses;
- Comparativement aux femmes ayant une densité des seins dans la moyenne, ces femmes ont un RR de 1,23 à 1,30 de développer un cancer selon leur âge;
- Les femmes ayant un tissu mammaire dense n'ont pas de risque accru de décès après un diagnostic de cancer du sein, selon les données américaines;
- Le reclassement de la densité des seins d'une année à l'autre complique l'évaluation du risque sous-jacent de cancer du sein chez une femme;
- Le dépistage complémentaire à la suite d'une mammographie de dépistage négative entraîne :
  - Des bénéfices inconnus pour sa santé;
  - Plus de résultats positifs sont des faux positifs qui mènent à une augmentation des taux de rappel et de biopsies;
  - Des effets inconnus sur les taux de surdiagnostic.

Aucune ligne directrice provenant d'autres pays ne recommande le dépistage complémentaire chez les femmes ayant un tissu mammaire dense à la suite d'un résultat négatif au dépistage par mammographie.



## Autres recommandations nationales en matière de dépistage du cancer du sein (suite)

- National Health Services, Royaume-Uni, 2016
  - Recommandent que toutes les femmes admissibles âgées de 50 à 70 ans soient invitées à subir un dépistage du cancer du sein tous les trois ans.
- Cancer Australia, 2015
  - Recommande que les femmes âgées de 50 à 74 ans participent au Programme australien gratuit de dépistage du cancer du sein par mammographie tous les deux ans après avoir soupesé les bénéfices et les préjudices.
  - Choix personnel chez les jeunes femmes et les femmes plus âgées — pas invitées à subir de dépistage.



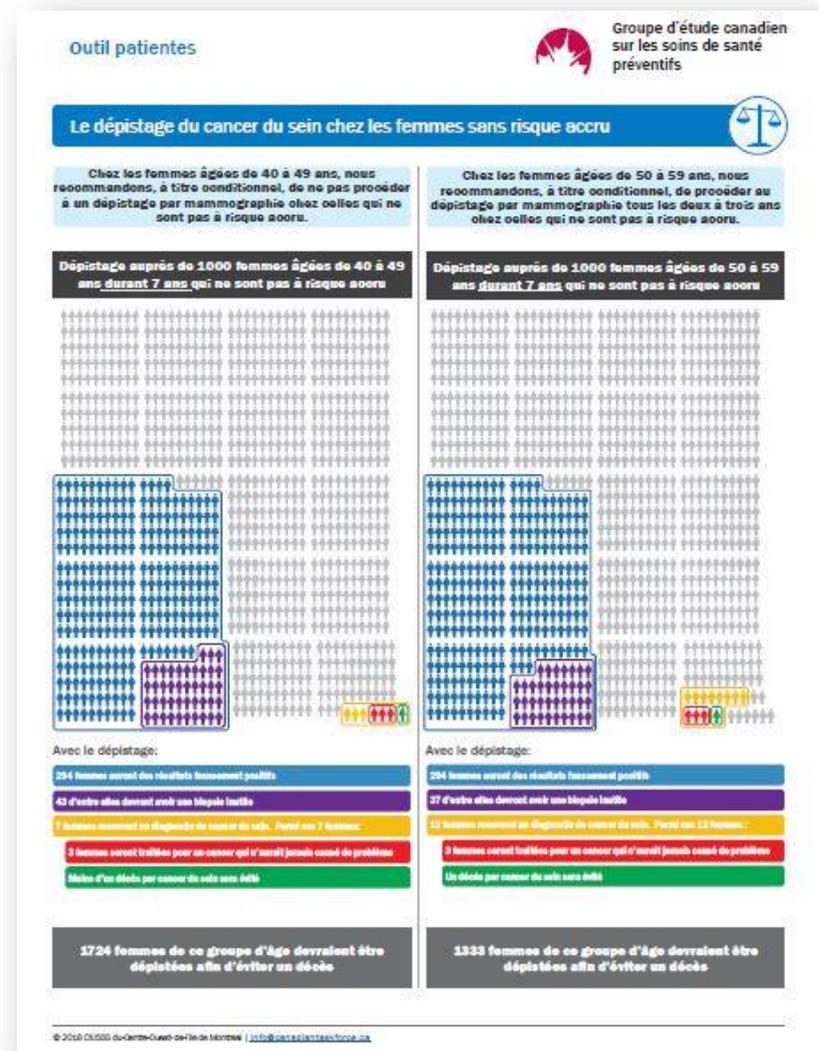
# Lacunes dans les connaissances

- Un plus grand degré de certitude sur les bénéfices réels du dépistage du cancer du sein :
  - En particulier, chez les groupes < 50 ans et > 70 ans.
  - ECA par groupe d'âge chez les femmes plus jeunes et plus âgées au Royaume-Uni (résultats en 2026).
- Données probantes de grande qualité sur les modalités de remplacement :
  - Tomosynthèse, IRM, échographie;
  - Pour caractériser les bénéfices et les **préjudices** (préoccupations importantes en lien avec le surdiagnostic et les faux positifs).
- Densité du sein :
  - Définition et méthode de classification;
  - Études comparatives rigoureuses pour déterminer les résultats importants pour les patientes associées à un dépistage complémentaire.
- Meilleure compréhension du risque de surdiagnostic associé au dépistage;
- Études supplémentaires sur les valeurs et les préférences des femmes en matière de dépistage :
  - Populations canadiennes, en particulier à l'échelle nationale.
  - Estimations précises des bénéfices et des préjudices.
- Meilleures estimations des coûts liés au dépistage du cancer du sein.



# Outils d'application des connaissances (AC)

- Un outil d'AC a été conçu pour **aider les cliniciens et les femmes à comprendre la ligne directrice sur le dépistage du cancer du sein.**
- Après sa publication, cet outil sera **disponible gratuitement** en téléchargement, en **français** et en **anglais**, sur le site Web <http://canadiantaskforce.ca>.



## Autres considérations pour la mise en œuvre des recommandations

- La mammographie par rapport à d'autres modalités de dépistage :
  - Absence de données probantes sur les résultats importants pour les patientes avec d'autres modalités de dépistage.
- Intervalles de dépistage :
  - Tous les deux à trois ans puisque les intervalles, dans les essais, allaient de 12 à 33 mois pour des bénéfices semblables.
- Femmes ayant un tissu mammaire dense :
  - Les données probantes actuelles sont insuffisantes pour évaluer l'équilibre entre les bénéfices et les préjudices du dépistage complémentaire du cancer du sein, à la suite d'une mammographie négative, chez les femmes avant des seins denses.





# Dépistage du cancer du sein

## CONCLUSIONS

# Conclusions

- Les recommandations relatives au dépistage du cancer du sein chez les femmes demeurent semblables à 2011.
- Le dépistage du cancer du sein *pourrait* diminuer le taux de mortalité liée au cancer du sein, mais il augmente le risque de préjudices.
- Évaluation des valeurs et des préférences des femmes :
  - Soutenir l'orientation des recommandations;
  - Précisez que ce ne sont pas toutes les femmes qui doivent subir un dépistage conformément à leurs valeurs et leurs préférences.
- Accent sur la prise de décision partagée :
  - Les femmes doivent être encouragées à prendre une décision éclairée sur le dépistage conformément à leurs valeurs et leurs préférences.



# Renseignements supplémentaires

Pour de plus amples renseignements sur cette ligne directrice, veuillez consulter :

- Site Web du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : <http://canadiantaskforce.ca>.



# Questions et réponses

**Merci!**





## Dépistage du cancer du sein

### RÉPONSES AUX AUTRES QUESTIONS

# Pourquoi utilisez-vous les ECA effectuées il y a de nombreuses années plutôt que des observations plus récentes?

- Du point de vue de la méthode GRADE, les ECA fournissent un degré de certitude plus solide. Cela signifie que les études d'observation ne sont pas incluses lorsque des ECA sont disponibles.
- Les études d'observation sont sujettes à d'importants biais qui limitent leur utilisation dans la détermination de l'efficacité d'une intervention. Et plus important encore, elles ne permettent pas la comparabilité entre les groupes qu'on retrouve seulement dans la répartition aléatoire.
- L'inclusion des études d'observation en preuve est peu susceptible de modifier substantiellement les données probantes à l'appui ou les conclusions qu'on en tire.



# Le surdiagnostic n'est-il pas un problème de pathologie plutôt que de dépistage?

- Le surdiagnostic, du point de vue du dépistage, est l'identification et le traitement subséquent des femmes asymptomatiques pour un cancer du sein qui aurait pu ne jamais leur causer de problèmes dans leur vie.
- Dans cette situation, découvrir un cancer qui ne causera jamais de problème est dangereux, car cela mène à un traitement inutile comportant des séquelles importantes, y compris la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la douleur, la défiguration, la détresse et d'autres résultats indésirables inutiles.
- Nous savons que le surdiagnostic se produit lorsque le taux de cancer du sein, chez les populations ayant fait l'objet d'un dépistage, demeure plus élevé que chez celles qui n'en subissent pas sur plusieurs décennies (les deux nombres devraient se rapprocher au fil du temps en l'absence de surdiagnostic).
- Nous savons aussi que le dépistage se traduit par un nombre accru de femmes atteintes d'un cancer du sein sans diminution des diagnostics de cancers du sein en stade avancé chez les populations ayant fait l'objet d'un dépistage.



# Pourquoi n'avez-vous pas de recommandations pour les femmes ayant un tissu mammaire dense?

- Les femmes ayant un tissu mammaire dense constituent une proportion importante de l'ensemble des femmes. Cela signifie qu'il est raisonnable de conclure que les résultats des ECA s'appliquent aux femmes ayant des seins denses.
- La densité des seins d'une femme change au fil du temps et d'un évaluateur à l'autre.
  - Une étude réalisée pour la USPSTF mentionnait qu'une femme sur cinq serait reclassée dans une catégorie de densité différente, par le même radiologiste, à l'examen de dépistage suivant, tandis qu'une sur trois serait classée différemment si l'examen était lu par un autre radiologiste.
- Il n'y a pas de données probantes démontrant que le dépistage complémentaire, chez les femmes ayant des seins denses, a un impact positif sur leurs résultats de santé.

