

STANDING COMMITTEE OF THE STATUS
OF WOMEN



HOUSE OF COMMONS
CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

COMITÉ PERMANENT DE LA CONDITION
FÉMININE

Ottawa, le jeudi 4 juillet 2024

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

PAR COURRIEL : taskforce.admin@ctfphc.onmicrosoft.com

Cher Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs,

Je vous écris à la suite de notre réunion du [11 juin 2024](#) au cours de laquelle le Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes (le Comité ou FEWO) a entendu 10 témoins (à titre personnel : Shira Farber, D^{re} Ify McKerlie, D^{re} Moira Rushton et D^{re} Jean M. Seely; de la Société canadienne du cancer : Helena Sonea, David Raynaud et Ciana Van Dusen; de CancerCare Manitoba : D^{re} Pamela Hebbard et D^{re} Donna Turner; de la Coalition for Responsible Healthcare Guidelines : D^{re} Shiela Appavoo) discuter du dépistage du cancer du sein au Canada et des recommandations provisoires Cancer du sein (Mise à jour) – Recommandations provisoires (2024) du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (le groupe d'étude), [publiées](#) à des fins de consultation publique le 30 mai 2024.

Selon les représentants de la Société canadienne du cancer, le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les Canadiennes : en effet, environ une femme sur huit recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie. Le cancer du sein demeure la principale cause de décès liée au cancer chez les femmes âgées de 30 à 49 ans. Les données révèlent une augmentation de l'incidence du cancer du sein ces 35 dernières années chez les femmes dans la quarantaine et des données internationales révèlent que les femmes noires, asiatiques et hispaniques sont plus susceptibles d'être diagnostiquées d'un cancer du sein avant l'âge de 50 ans.

À la suite de sa réunion du 11 juin 2024, FEWO souhaite attirer votre attention sur les préoccupations les plus fréquemment exprimées par de nombreux témoins concernant les recommandations provisoires du groupe d'étude, les perspectives des témoins sur la composition du groupe d'étude et la méthodologie appliquée à l'élaboration des recommandations provisoires, ainsi qu'une brève discussion sur certaines préoccupations spécifiques liées au contenu des recommandations provisoires.

Le Comité encourage vivement le groupe d'étude à prendre en considération les [témoignages](#) importants qu'il a reçus lors de sa réunion du 11 juin 2024 portant sur les recommandations provisoires¹.

¹ Le Comité encourage le groupe d'étude à examiner le contenu d'une [lettre](#) soumise conjointement par la D^{re} Paula Gordon, D^{re} Anna N Wilkinson, D^{re} Shushiela Appavoo, D^r Martin J. Yaffe, D^{re} Jean M Seely et Jennie Dale au cours de son examen du projet de recommandations Cancer du sein (Mise à jour) – Recommandations provisoires (2024).

Considérations communes essentielles relatives aux recommandations provisoires

Presque tous les témoins qui ont comparu devant le comité FEWO ont exprimé des préoccupations importantes quant à certains aspects des recommandations provisoires, en particulier la tranche d'âge recommandée pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes présentant un risque moyen.

Dans les recommandations provisoires, la tranche d'âge pour le dépistage du cancer du sein pour les personnes présentant un risque moyen est de 50 à 74 ans. Toutefois, la plupart des témoins ont fait valoir que pour les personnes présentant un risque moyen, la tranche d'âge devrait être élargie pour commencer à l'âge de 40 ans. Ce changement serait conforme aux conclusions des recherches les plus récentes et aux normes internationales. Parmi tous les témoins entendus par le Comité, seulement CancerCare Manitoba s'est montré favorable à la tranche d'âge proposée dans les recommandations provisoires, un aspect très contesté par tous les autres témoins.

Composition du groupe d'étude

La plupart des témoins se sont dit préoccupés par la composition du groupe d'étude, expliquant que même si ses membres sont des experts dans leur domaine médical et dans la méthodologie des lignes directrices, ils ne sont pas des experts en matière de cancer du sein. La D^{re} Shiela Appavoo a expliqué :

« Encore une fois, je tiens à reconnaître leur mérite. Ce sont des experts dans leur domaine, mais leurs domaines ne sont pas ceux visés par les lignes directrices. Par exemple, la formulation de la ligne directrice de 2018 sur le dépistage du cancer du sein était présidée par un néphrologue, un spécialiste des reins. Cette fois-ci, la formulation a été présidée par un médecin de famille.

« Ce sont des experts dans leur domaine et en méthodologie de formulation des lignes directrices, mais je pense que la méthodologie doit jouer un rôle d'accompagnement. Nous avons besoin de méthodologistes qui nous aident à élaborer les lignes directrices, mais qui ne les élaborent pas intégralement sans l'apport d'experts et sans comprendre, par exemple, les nuances du comportement des maladies, les nuances du traitement, etc. »

Outre les préoccupations décrites ci-dessus, la plupart des témoins ont souligné l'importance de veiller à ce que les perspectives et les expériences des femmes, y compris celles des femmes autochtones et racialisées, soient prises en compte dans l'élaboration de ces recommandations provisoires. Shira Farber, qui a raconté au Comité son expérience d'un cancer du sein de stade 3, a affirmé :

« La voix des femmes n'est tout simplement pas suffisamment prise en compte dans les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Il y a un décalage important entre ce qu'il recommande et ce qui se passe réellement dans le cabinet des médecins de famille. Le groupe d'étude ne tient pas compte du déséquilibre de pouvoir entre les médecins et les patients. Je parle sans arrêt avec des femmes diagnostiquées à un stade plus avancé. Certaines expliquent avoir dû réclamer un dépistage et se l'être vu refuser parce que les médecins estiment être mieux placés pour savoir ou ne sont pas au courant des dernières recherches et des dernières données. »

D^{re} Ify McKerlie a déclaré :

« Dans le recensement canadien de 2021, plus de 9,5 millions de Canadiens sont considérés comme appartenant à une minorité visible, soit 26,5 % de la population totale.

Aux États-Unis, on a remarqué que, chez les femmes noires, hispaniques et asiatiques, le cancer du sein se déclare plus tôt, soit à 40 ans, que chez les Blanches. Il ressort d'une analyse canadienne récente que les femmes blanches sont le seul groupe où le pic d'incidence intervient après 50 ans. Le groupe d'étude était au courant de cet article récent de Statistique Canada qui n'est pas encore publié, mais il n'a pas abaissé l'âge de dépistage. »

Les observations de Shira Farber soulignent également l'importance de comprendre la façon dont ces lignes directrices et ces outils seront utilisés par les médecins de famille au Canada. D'autres témoins ont fait remarquer que l'accès difficile aux médecins de famille et les lignes directrices créent également des obstacles importants à l'obtention d'un test de dépistage du cancer du sein pour les Canadiennes.

Méthodologie d'élaboration des recommandations provisoires

La méthodologie employée par le groupe d'étude pour élaborer ses recommandations provisoires a également suscité l'inquiétude des témoins. La D^{re} Jean Seely a expliqué :

« Une des recommandations que moi-même et deux autres conseillers experts avons formulées à l'équipe chargée d'examiner les données probantes, c'était qu'elle ferait vraiment une erreur en se basant sur les anciens essais randomisés pour examiner les nouvelles données probantes. C'est parce que la méthodologie appelée GRADE, à laquelle la Dre Appavoo faisait référence, caractérise automatiquement ces essais comme étant des données probantes de qualité optimale. Peu importe si vous ajoutez 90 autres études à ces essais randomisés, le système les décline automatiquement.

Ce que nous avons montré dans notre examen des données probantes, c'est que l'étude des essais d'observation révèle un bénéfice de 50 % dans la réduction de la mortalité. C'est un énorme bénéfice. Cependant, si on considère uniquement les essais contrôlés randomisés, la réduction est de seulement 20 %. Cette méthodologie, sur laquelle le groupe d'étude a insisté, a dévalorisé tous ces essais de très grande envergure couvrant des traitements plus modernes. »

La D^{re} Jean Seely ajoute que les études les plus récentes portent sur les diagnostics et les traitements modernes, et utilisent des technologies plus récentes. Par exemple, une vaste étude canadienne portant sur plus de 2,7 millions de femmes ayant subi des dépistages sur une période de 20 ans a montré une réduction de 44 % de la mortalité due au cancer du sein chez celles ayant commencé le dépistage dans la quarantaine. Elle a expliqué que ces études n'ont pas été considérées comme prioritaires par le groupe d'étude, malgré les recommandations des conseillers experts de l'équipe chargés de l'examen des données probantes. Elle a suggéré que le manque d'expertise et de connaissances spécifiques en matière de dépistage au sein des membres du groupe d'étude signifiaient que, « à défaut d'experts qui en comprenaient l'impact, [l'étude] a été dévalorisée en faveur d'essais randomisés datant de 60 ans. »

La D^{re} Moira Rushton a expliqué :

« Il y a des différences importantes entre les groupes d'étude canadien et américain en ce qui concerne les avantages estimés du dépistage dans la population. Le groupe d'étude américain prévoit plus de décès évités et de vies sauvées que le groupe d'étude canadien en ramenant l'âge du dépistage à 40 ans, mais même avec l'estimation canadienne prudente, en abaissant l'âge du dépistage de 50 à 40 ans, on éviterait 2 600 décès supplémentaires en 10 années de dépistage des femmes âgées de 40 à 49 ans. »

La D^{re} Shiela Appavoo a ajouté que la décision de ne pas procéder à des dépistages auprès des femmes âgées de 40 à 49 ans était biaisée :

« La décision était courue d'avance. La direction du groupe d'étude a déclaré dans les médias au début du mois de mai 2023, aussitôt après la publication des lignes directrices provisoires du groupe d'étude américain, qu'il n'était pas nécessaire de modifier les lignes directrices canadiennes. Cette déclaration est antérieure à l'examen des données probantes. Eh bien, cette prophétie s'est réalisée presque un an après jour pour jour. »

Parlant de son expérience personnelle avec un cancer du sein de stade 3, Shira Farber a exprimé son inquiétude quant à la partialité du processus du groupe d'étude. Elle a déclaré à FEWO :

« Les lignes directrices du groupe d'étude renvoient souvent à une décision commune entre patientes et médecins. Quand j'ai eu 40 ans, je me souviens avoir demandé à mon ancien médecin de famille, qui était un merveilleux médecin, si j'avais besoin de faire une mammographie. Il m'a expliqué que, d'après les nouvelles lignes directrices canadiennes en matière de dépistage du cancer du sein, ce n'était pas nécessaire pour les femmes à risque moyen. Je me souviens avoir reposé la question quand j'ai eu 45 ans et avoir obtenu une réponse similaire. [...] Au cours de l'année écoulée, le groupe d'étude a, pendant qu'il analysait les données, fait de nombreuses déclarations publiques à la presse sur les médias sociaux et parlé de ce qu'il appelle les « préjugés du dépistage ». Je n'ai aucune confiance dans un processus où les membres, qui prétendent être objectifs, déclarent et maintiennent publiquement leur parti pris. »

La D^{re} Ify McKerlie a ajouté que, non seulement les études qui ont été privilégiées lors de l'élaboration des recommandations provisoires étaient dépassées, elles utilisaient également un échantillon de population composé à 98 % de femmes blanches. Or, elle a déclaré, « [q]uarante ans plus tard, toutefois, le Canada est un pays beaucoup plus divers sur le plan racial. » De nombreux témoins ont fait part de résultats de recherches menées aux États-Unis, ainsi que d'une étude à venir de Statistique Canada, qui indiquent un écart dans les taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes noires, hispaniques et asiatiques, par rapport aux femmes blanches.

La D^{re} Ify McKerlie a noté que ces études ont révélé que, chez ces femmes, l'incidence du « cancer du sein se déclare plus tôt » à 40 ans, tandis qu'une analyse canadienne récente a révélé que les femmes blanches « sont le seul groupe où le pic d'incidence intervient après 50 ans. » Elle a conclu que même si le groupe d'étude a tenu compte de certains de ces écarts, en notant « que les populations non blanches du groupe d'âge des 40 à 49 ans reçoivent plus de diagnostics de cancer du sein, qu'elles présentent une proportion plus élevée de sous-types agressifs de cancer, qu'elles sont moins susceptibles d'avoir des cancers

sensibles aux hormones et qu'elles sont moins susceptibles d'avoir un cancer de stade 1 », il n'a pas pour autant modifié la tranche d'âge visée pour le dépistage dans ses recommandations provisoires. À son avis, « [q]ui dit connaissances dit responsabilité. Donc, être au courant de ce qui précède — savoir que la mortalité est plus élevée chez les femmes noires âgées de 40 à 49 ans — et ne pas agir en conséquence est tout simplement contraire à l'éthique et discriminatoire. »

Considérations et préoccupations liées aux recommandations provisoires

FEWO souhaite également souligner qu'en plus de s'inquiéter de la composition du groupe d'étude et de sa méthodologie, les témoins ont exprimé des préoccupations au sujet du contenu des recommandations provisoires concernant la tranche d'âge pour le dépistage et les facteurs de risque supplémentaires associés au cancer du sein.

Tranche d'âge pour le dépistage

Des témoins ont indiqué à FEWO que les lignes directrices contenues dans les recommandations provisoires ne correspondent pas aux lignes directrices du groupe d'étude américain, de la Société canadienne du cancer et de la majorité des provinces du Canada, qui préconisent tous d'abaisser l'âge du dépistage à 40 ans. Le groupe d'étude justifie sa recommandation de maintenir l'âge actuel du dépistage entre 50 et 74 ans par divers arguments, l'un d'entre eux étant les inconvénients possibles d'un dépistage supplémentaire et d'un surdiagnostic. En particulier, des témoins ont dit à FEWO que le groupe d'étude avait jugé que l'anxiété que pourraient susciter des dépistages supplémentaires pouvait être nuisible.

Plusieurs témoins ont déclaré à FEWO que les recommandations provisoires surestiment les inconvénients potentiels des tests supplémentaires associés au dépistage du cancer du sein et sous-estiment les avantages potentiels d'une détection précoce qui peut être facilitée par le dépistage. La D^{re} Shiela Appavoo a affirmé au Comité :

« Sans le contexte fourni par les conseils exhaustifs d'experts expérimentés, il amplifie les préjudices, tels que le surdiagnostic, les biopsies bénignes et les rappels pour des examens d'imagerie supplémentaires, et il minimise les avantages de la détection précoce. Dans ses calculs, il n'inclut pas les avantages importants du dépistage en ce qui concerne la morbidité, comme la réduction des taux de mastectomie, de chimiothérapie ou de lymphoedème, forme permanente, invalidante et déformante de gonflement du bras causé par une ablation des ganglions lymphatiques nécessaire pour les cancers à un stade plus avancé. »

De même, la D^{re} Jean Seely a déclaré que ses patientes « affirment que la gravité du préjudice lié à un retard de diagnostic dépasse largement le stress associé à un examen d'imagerie supplémentaire. » La D^{re} Moira Rushton a abondé dans le même sens, signalant qu'il y a des « études qui nous apprennent que les femmes sont prêtes à accepter jusqu'à six cas de surdiagnostic pour sauver une vie. » Parlant de son expérience personnelle avec le cancer du sein, Shira Farber a déclaré à FEWO :

« Ce que j'ai appris et ce à quoi le groupe d'étude ne prête pas assez attention dans ces lignes directrices, c'est que le stade compte du point de vue de la qualité de vie et pour ce qui est de réduire certains des effets secondaires des traitements plus agressifs. »

La D^{re} Shiela Appavoo a poursuivi en expliquant que l'accent mis par le groupe d'étude sur les inconvénients du dépistage, en particulier l'anxiété liée à un rappel ou à un suivi pour un test d'imagerie

supplémentaire, est « paternaliste ». Précisant sa pensée, elle a ajouté que « [l]e paternalisme qui consiste à prendre des décisions pour les femmes par crainte d'une éventuelle angoisse causée par un rappel est inquiétant. Cela revient à leur dire de ne pas s'en faire au sujet du cancer du sein. » Elle conclut par cet avertissement :

« Si ces lignes directrices du groupe d'étude sont adoptées, les conséquences seront désastreuses. Beaucoup de jeunes femmes risquent de le payer de leur vie. La plupart des provinces et des territoires le comprennent et autorisent l'accès direct au dépistage pour les femmes âgées de 40 à 49 ans. Toutefois, la recommandation d'un prestataire de soins de santé primaires reste le meilleur moyen de déterminer si une femme se soumettra bien à un dépistage. Tant que le groupe d'étude dira aux médecins que les femmes dans la quarantaine n'ont pas besoin de dépistage, nombre d'entre elles n'y auront pas accès. »

Les témoins ont souligné que le dépistage et la détection précoce du cancer du sein sont importants pour les patientes et leur bien-être, mais aussi que le dépistage et la détection précoce pourraient réduire le coût des traitements pour le système de santé dans son ensemble. Les D^{res} Jean Seely et Moira Rushton ont parlé du coût des traitements du cancer du sein à ses différents stades. Elles ont toutes deux convenu qu'il coûte moins cher de traiter un cancer du sein à un stade précoce plutôt qu'un cancer du sein de stade 4. Plus précisément, la D^{re} Jean Seely a indiqué que « [l]e traitement au stade 1 coûte en moyenne 36 000 \$ canadiens, alors qu'au stade 4, il peut dépasser un demi-million de dollars par patiente diagnostiquée. Ces statistiques montrent l'importance cruciale du dépistage précoce. » La D^{re} Moira Rushton est du même avis :

« La toxicité financière du traitement du cancer du sein est réelle et nous la supportons tous dans le système de santé public. Comme cela vient d'être mentionné, nous savons que les coûts augmentent considérablement d'un stade à l'autre, le cancer de stade 0 détecté par dépistage ne coûtant qu'environ 14 000 \$, alors qu'en Ontario aujourd'hui, la prise en charge d'un cancer de stade 3, en fonction des traitements que nous utilisons et qui sont financés par l'État, coûte près de 400 000 \$. »

La D^{re} Shiela Appavoo a résumé les coûts financiers en déclarant que :

« [d]es recherches récentes qui, je crois, ont été réalisées par la Dre Seely et ses collègues, montrent que le dépistage annuel pour les femmes de 40 à 74 ans et que le coût des traitements modernes, qui est très élevé... Le Canada pourrait économiser 460 millions de dollars environ en coûts de traitement. Investir dans le dépistage est très payant pour le gouvernement. Il doit franchir ce pas et investir en amont. Je suis convaincue qu'il en récoltera les bénéfices dans les années à venir. »

En revanche, les représentants de CancerCare Manitoba étaient les seuls témoins à ne pas être d'accord avec l'idée d'abaisser l'âge du dépistage pour inclure les femmes de 40 à 49 ans. La D^{re} Donna Turner a plutôt expliqué ce qui suit :

« Je pense que les inconvénients du dépistage sont réels. Nous savons que les jeunes femmes sont plus susceptibles d'avoir un dépistage anormal, ce qui entraîne de multiples examens de suivi et des biopsies. Les femmes déclarent souvent que ce processus est très

stressant. Chez certaines femmes, le stress est tel qu'elles ne se soumettent plus jamais au dépistage et se privent ainsi de futurs avantages.

Toutefois, pour ce qui est du système de santé, l'augmentation du nombre de mammographies représente un gros problème en matière de ressources financières et humaines, mais l'augmentation du nombre de tests de suivi et de biopsies en représente un plus gros encore et risque de créer de nouveaux retards très importants dans le diagnostic et le traitement des personnes réellement atteintes d'un cancer. »

Les D^{res} Donna Turner et Pamela Hebbard ont souligné l'importance d'augmenter le taux de dépistage dans les groupes d'âge déjà visés par les lignes directrices existantes (les femmes de 50 à 74 ans), notant qu'au Manitoba comme ailleurs au Canada, « nous n'avons pas atteint le taux cible de 70 % chez les femmes les plus susceptibles de tirer parti du dépistage. » David Raynaud, de la Société canadienne du cancer, partageait cet avis. La D^{re} Pamela Hebbard a insisté sur la nécessité d'augmenter le taux de dépistage chez les groupes d'âge actuels, y compris chez les personnes vivant dans des régions éloignées et « celles qui sont défavorisées sur le plan social et qui appartiennent à des groupes minoritaires. »

Autres facteurs de risque liés au cancer du sein

Des témoins ont expliqué à FEWO que des facteurs de risque tels que la densité mammaire, qui est détectée à la première mammographie, doivent être pris en compte lors de l'élaboration de lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein. Les femmes aux seins denses sont deux fois plus susceptibles de développer un cancer du sein que les femmes aux seins non denses. Selon la D^{re} Ify McKerlie, « [l]a densité mammaire est plus élevée chez les femmes asiatiques, noires et hispaniques. » Les témoins ont souligné que les recommandations provisoires ne prenaient pas suffisamment en compte ce facteur de risque, puisqu'elles ne prévoient pas de dépistage supplémentaire lié à ce facteur de risque.

À la suite des témoignages entendus, FEWO soumet les observations suivantes :

Observation 1

Le groupe d'étude devrait abaisser l'âge recommandé dans les lignes directrices canadiennes pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes présentant un risque moyen pour inclure les femmes âgées de 40 à 49 ans, afin de refléter les plus récentes données probantes et l'avis d'experts spécialisés.

Observation 2

Le groupe d'étude devrait tenir compte des témoignages reçus pendant la réunion de FEWO du 11 juin 2024 et entreprendre un examen complet de toutes les autres recommandations provisoires contenues dans Cancer du sein (Mise à jour) – Recommandations provisoires (2024) pour s'assurer qu'elles sont inclusives, qu'elles s'appuient sur les commentaires pertinents du public, les recherches et les données probantes les plus récentes, et qu'elles reflètent la technologie médicale moderne et les progrès au chapitre des traitements.

Observation 3

Le groupe d'étude devrait veiller à ce que le processus de consultations publiques sur le Cancer du sein (Mise à jour) – Recommandations provisoires (2024) soit transparent et que les résultats de ce processus soient rendus publics afin de faciliter la reddition de comptes.

Observation 4

Le groupe d'étude devrait modifier les recommandations provisoires de Cancer du sein (Mise à jour) – Recommandations provisoires (2024) pour s'assurer que les femmes avec des seins denses bénéficient de mammographies annuelles et se voient proposer un dépistage supplémentaire par IRM ou échographie.

Au nom du Comité permanent de la condition féminine, j'ai l'honneur de vous soumettre nos constatations à des fins d'examen et de suivi.

Sincères salutations,

A handwritten signature in black ink that reads "Shelby Kramp-Neuman". The signature is written in a cursive, flowing style.

Shelby Kramp-Neuman, députée
Présidente du Comité permanent de la condition féminine
Chambre des communes

131, rue Queen Street, Ottawa, ON, K1A 0A6
Tel/tél.: 613-947-3089
FEWO@parl.gc.ca