

Échange virtuel Meilleurs Cerveaux

RAPPORT SOMMAIRE

Cerner et combler les lacunes de la recherche sur le dépistage du cancer du sein

Vers une meilleure santé du sein pour les Canadien-ne-s

Juin 2021

Le 23 juin 2021, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont organisé un échange virtuel Meilleurs Cerveaux (EMC) en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). L'objectif de cette rencontre était de soutenir l'élaboration d'un programme de recherche permettant de combler les lacunes relatives à la recherche et à l'innovation dans le domaine du dépistage du cancer du sein. Les discussions ont porté sur les perspectives de chercheur-se-s, de spécialistes de la mise en œuvre, de décideur-se-s politiques, de bailleurs de fonds en santé et d'autres importantes parties prenantes.

Les thèmes de recherches prioritaires qui ont été soulevés lors des discussions incluent l'**équité** et l'**accès**, la **prévention**, la **technologie**, et l'**évaluation**, de même que les **critères de risque** et la manière d'**établir leur priorité** et de les **communiquer**. Les méthodes de recherche qui ont été proposées pour combler les lacunes dans les connaissances sont le **transfert de connaissances**, la **recherche sur les systèmes de santé**, la **recherche sur le comportement**, la **recherche qualitative** et les **essais contrôlés randomisés**. Finalement, le rapport, en référence ci-dessous, conclut que la recherche devrait être **axée sur les patient-e-s**, **menée selon une approche globale**, et **tenir compte de diverses perspectives**.

Le résumé suivant, qui se fonde sur l'un des rapports complets de l'EMC, décrit les principaux thèmes et lacunes relevés lors de cette rencontre.

THÈMES DE RECHERCHE

Voici les principaux thèmes de recherche soulevés par les participant-e-s :

1. Équité et accès :

- Trouver comment parvenir à joindre les 15 % de personnes qui ne sont pas dépistées, incluant celles qui font partie de groupes ethniques minoritaires, et mieux comprendre le profil de ces personnes (y compris en recourant à la recherche qualitative).
- Les approches fondées sur le risque et les interventions associées doivent tenir compte de l'intersectionnalité.
- Inégalités sur le plan du dépistage entre les différentes collectivités publiques.

2. Prévention :

- Recherche sur les façons d'améliorer la prévention, sur l'incidence du financement sur la prévention, sur le nombre de vies sauvées, et sur le concept d'années de vie ajustées par la qualité (AVAQ) (QALYs).

3. Technologie :

- Déterminer quelles sont les technologies prometteuses à mettre de l'avant.

- Moment auquel les fabricants de nouvelles technologies devraient s'associer avec des personnes qui comprennent les facteurs influençant la mise en œuvre et les coûts afin de mettre en place des tests hybrides portant sur l'efficacité et la mise en œuvre (il est important que cela ne survienne ni trop tôt ni trop tard).
 - Utilisation des taux de cancers diagnostiqués entre dépistage (*interval cancer rates*), pour évaluer les technologies les plus récentes (plutôt que d'évaluer la mortalité).
 - Mesure dans laquelle **les issues cliniques de substitution** sont en corrélation avec les issues cliniques ultimes (ex. : réduction de la mortalité et du nombre total d'AVAQ, ajustée en fonction du biais du temps d'avance au diagnostic).
 - Intégration temporelle des données multimodales grâce aux possibilités offertes par l'apprentissage machine.
 - L'analyse moléculaire et d'autres types d'analyses faisant appel à l'imagerie peuvent être utilisées pour apprendre collectivement à prédire le risque à l'aide de données comparatives.
4. **Comparaison entre les bénéfices et les méfaits :**
- Données plus robustes afin de comparer les avantages et les inconvénients associés au dépistage, y compris sur le plan de son utilité.
5. **Âge auquel le dépistage est réalisé :**
- Études permettant de déterminer si le dépistage chez les personnes de 40 à 49 ans au sein de la population générale est efficace.
 - Données probantes en faveur du dépistage pour les personnes dans la quarantaine et celles ayant une densité mammaire élevée.
6. **Utilisation de facteurs de risque pour le dépistage :**
- Établir de façon claire la manière d'utiliser les facteurs de risque pour guider le dépistage sur la base de données probantes.
 - Les décisions quant à l'établissement de seuils doivent tenir compte des facteurs ethniques.
 - Besoin de plus d'outils pour prédire les risques de sous-types de cancer du sein chez les populations d'origine non européenne.
 - Évaluation de l'utilité clinique des outils d'évaluation du risque en fonction du contexte et de population en cause.
 - Stratification du risque.
7. **Surdiagnostic :**
- Recherche sur le surdiagnostic, notamment afin de comparer le premier test de dépistage aux tests subséquents.
 - Manque de données probantes montrant que la méthode d'IRM mène à un surdiagnostic.
8. **Évaluation des Centres d'excellence** implantés dans les autres pays, en tenant compte du nombre de patient·e·s qui n'ont pas de médecin de famille.

9. Études sur l'**attitude des prestataires de soins de santé** et son influence sur les délais de traitement.
10. Recherche sur l'utilisation de **techniques améliorées au laboratoire de pathologie** permettant de mieux caractériser les échantillons de biopsie et de tissus extraits par chirurgie avant le traitement.
11. Recherche sur les **thérapies permettant de prolonger la vie ou d'améliorer la qualité de vie** chez les personnes qui sont déjà aux prises avec un cancer métastatique.
12. **Recherche sur la communication du risque :**
 - Comprendre comment mieux communiquer le risque, y compris auprès des personnes chez qui le risque est faible (dans le but de réduire le nombre d'interventions).
 - Formulation des messages quant aux avantages et aux inconvénients du dépistage, et réception de ces messages au sein de différents groupes.
13. **Incidence du fait d'avoir accordé la priorité au dépistage durant la COVID-19**, en tenant compte des prédicteurs comportementaux et des points de vue des patient·e·s.

RECHERCHE SUR L'APPLICATION DES CONNAISSANCES

- Recherche permettant de comprendre les différents facteurs complexes qui influencent la prise de décision (ex. : raisons pour lesquelles les outils d'aide à la décision ne sont pas employés plus souvent dans le cadre des pratiques cliniques).
- Faire en sorte de fournir des données probantes de bonne qualité aux patient·e·s et aux prestataires de soins de santé; manière d'éliminer les obstacles pour faire en sorte que les discussions soient fondées sur des informations factuelles; assurer une communication claire; comprendre la manière dont les données qualitatives et quantitatives sont interprétées par les patient·e·s afin de les aider à prendre des décisions.
- L'importance de la question des soins primaires a été soulignée, et les médecins ont une grande quantité d'information à manipuler et de nombreuses activités à réaliser.
- Manière de mettre les modalités en pratique de sorte à maximiser les avantages et à minimiser le risque, le tout à un coût optimal.

MÉTHODES DE RECHERCHE

Divers types de recherches et de méthodes ont été proposés pour combler les lacunes relevées sur le plan de la recherche :

- Mener de la **recherche qualitative** pour déterminer quelles lacunes doivent être comblées sur le plan de la recherche, pour comprendre la manière dont les patient·e·s prennent des décisions concernant le dépistage et le risque (ex. : déterminer qui a de l'influence).

- Effectuer **plus d'essais contrôlés randomisés (ECR)** à partir de données récentes, car les précédents ECR sont obsolètes, et seuls les ECR peuvent fournir une réponse à certaines questions.
 - Certains participant·e·s ont affirmé que les ECR ne peuvent plus être considérés comme la meilleure approche en 2021 considérant leur complexité; ses implications en matière d'éthique; les contrats, les coûts et le temps qu'elle exige; les problèmes de recrutement; et les préoccupations quant à la taille des échantillons.
 - Il est important de déterminer quels sont les résultats d'intérêt — en ce qui concerne les ECR, les données générées (efficacité potentielle) ne sont pas toujours aisément transférables dans le monde réel (efficacité réelle). Il serait utile de déterminer quels critères d'efficacité employer, et de tenir compte de la morbidité associée au traitement.
 - Considérer la survie globale au-delà des cinq années habituellement prises en compte dans les études de recherche.
- Des **tests de mise en œuvre hybrides** pourraient être employés pour recueillir des données sur la communication, le dépistage, le diagnostic, la conformité et les résultats à plus long terme.
- **Études observationnelles**
- Mener de la **recherche sur le comportement** pour comprendre les conséquences du dépistage et le rôle des facteurs psychosociaux (ex. : interprétation des scores de risque polygénique et du risque au cours de la vie entière; comprendre ce que feront les patient·e·s avec cette information).
- Mener de la **recherche sur les systèmes de santé** afin de comprendre ce qu'implique le travail de dépistage mené auprès des personnes présentant un risque élevé de cancer et les nouveaux modèles de soins pour les services de santé (ex. : déterminer qui fournira aux patient·e·s cette information à propos du risque).
 - Il est nécessaire de mettre en place un cadre permettant au système de santé de faire des apprentissages en intégrant la recherche et la pratique clinique.
- Mener de la **recherche sur les aspects économiques** (ex. : voir le travail que fait le *Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network*) en tenant compte des économies d'argent que permet la prévention.
- La **modélisation** a aidé les décideur·se·s à réagir et à prendre des décisions promptement pour mettre en œuvre des actions.
 - La modélisation pourrait être utilisée pour déterminer la capacité nécessaire pour la mise en œuvre (ex. : niveau de ressources nécessaires en IRM).
 - La modélisation pourrait également être mise à profit pour déterminer la fréquence des tests de dépistage (*l'United States Preventive Services Task Force* s'en sert pour certaines de ses lignes directrices).
 - Comprendre comment utiliser la modélisation dans le cadre d'une évaluation fondée sur les données probantes.

- Tirer parti des résultats des **expériences sous conditions naturelles** issues de programmes et de registres de dépistage provinciaux et territoriaux (ex. : données de dépistage, manière dont la progression des différents stades de cancer a changé dans les provinces qui mènent du dépistage auprès des personnes dans la quarantaine par rapport à celles qui en mènent de façon plus restreinte). Par exemple, le *Specialized Program of Research Excellence (SPORE)* a déjà mis en place de robustes réseaux permettant d'examiner les stratégies de dépistage.

PRINCIPES ORIENTANT LE TRAVAIL DE RECHERCHE

Les discussions ont également permis de recommander différents principes pour guider le travail de recherche :

- Veillez à ce que la recherche soit **axée sur les patient·e·s**.
- **Impliquer les décideur·se·s** dans le travail de recherche.
- Faire en sorte que les **points de vue des Autochtones** soient pris en compte dans le travail de recherche, et mener ce dernier en collaboration avec les communautés autochtones.
- La **recherche doit avoir un caractère global**, et tenir notamment compte des facteurs susceptibles d'influencer les modalités de dépistage. Faire en sorte que la recherche ne soit pas trop fragmentée.

RÔLE DE LEADERSHIP POUR LES IRSC

Les participant·e·s ont relevé différents domaines où les bailleurs de fonds tels que les IRSC peuvent jouer un rôle de leadership :

- **Hiérarchie des données probantes** : Une personne a suggéré que les IRSC dirigent, en collaboration avec des décideur·se·s politiques et des représentant·e·s du groupe Cochrane, une démarche permettant de parvenir à un accord quant à l'utilisation de divers types de données probantes et de critères de substitution potentiels, à l'instar de la procédure *GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)*.
- **Un système de santé apprenant** : Il a également été suggéré que les IRSC agissent comme chefs de file en développant le concept d'un système de santé apprenant, et qu'elles collaborent avec des parties prenantes clés pour faciliter le processus d'approbation éthique et la conclusion de contrats entre les établissements de santé.