

Rapport no. 8 (Reference documents 1 and 2 in French only)

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU QUÉBEC: ESTIMATIONS DES COÛTS ET DES EFFETS SUR LA SANTÉ

Montréal: CÉTS, 1990. 78 p.

(ISBN 2-550-21636-9)

Résumé

Le problème

Le cancer du sein est un problème pathologique d'une importance majeure. En 1987, il constituait 26 % de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les Québécoises et a été la cause de plus de 1130 décès. Un diagnostic précoce devrait réduire la mortalité par cancer du sein en augmentant le taux de guérison. C'est pourquoi plusieurs pays occidentaux et au moins 6 provinces canadiennes ont instauré, ou envisagent sérieusement de le faire, des programmes de dépistage systématique du cancer du sein.

Les objectifs

Dans le but d'aider les autorités sanitaires du Québec à cerner cette question, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a entrepris une estimation des données existantes sur les effets qu'un programme de dépistage du cancer du sein pourrait avoir, et ce, dans l'intention d'apprécier l'impact que pourrait avoir un tel programme au Québec. L'objet de la présente étude n'est pas de faire des recommandations de nature politique, mais d'établir quels seraient les effets principaux d'un tel programme sur la santé et quels en seraient les coûts pour notre système de dispensation des soins. Ne font également pas partie de ce rapport l'étude de facteurs particuliers, tels l'organisation d'un programme, la stratégie utilisée pour le présenter et la méthode employée pour obtenir un degré satisfaisant d'acceptation de la part des personnes auquel il s'adresserait.

L'état de stabilité comme base des estimations

Lorsqu'un programme de dépistage du cancer du sein est mis en place, on note peu d'effet immédiat sur l'espérance de vie des femmes à cause du laps de temps, entre le moment où un cancer est diagnostiqué et le moment où on peut s'attendre à ce qu'il entraîne la mort. De plus, la qualité des divers aspects du programme et le type et la proportion de femmes qui y participent pourraient être instables au début. De ce fait, lorsque l'on envisage la création d'un programme de santé qui devrait être fonctionnel pendant quelques décennies, il est plus important d'estimer les effets à réaliser lorsque tous les facteurs seront devenus plus ou moins constants. On dira que le programme est parvenu à un état de stabilité ou qu'il a atteint sa « vitesse de croisière ». En conséquence, ce sont les coûts annuels et continus plutôt que les coûts de démarrage qui doivent être mis en relation avec les effets sur la santé obtenus lors de l'état de stabilité. Ainsi, cette étude diffère d'autres du même genre en ceci que son centre d'intérêt est le rendement du programme parvenu à la stabilité plutôt que le rendement pendant une période de temps donnée dès le début du programme.

Nature de l'évidence

Il existe suffisamment d'éléments de preuve pour affirmer qu'il est possible, par un dépistage précoce incluant la mammographie avec ou sans examen physique, de prolonger la vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Malheureusement, ces données ne se présentent pas sous une forme qui permettrait de faire une estimation quantitative précise de la prolongation de l'espérance de vie découlant du dépistage et de les appliquer à la situation du Québec. Par conséquent, les estimations qui suivent sont forcément imprécises et se fondent sur un certain nombre d'hypothèses; ce sont pourtant les meilleures qu'on puisse faire en ce moment. Bien qu'il faille les accepter comme base des décisions de principe, leurs nombreuses faiblesses ne doivent pas être oubliées.

Méthode d'estimations

Les estimations de la réduction du taux annuel de mortalité à laquelle on peut parvenir sont fondées sur les résultats publiés de quatre essais cliniques prospectifs avec témoins. Les estimations citées ici ont été faites à partir seulement des données cueillies après la cinquième année de chaque étude parce que celles-ci font la meilleure approximation à l'état de stabilité. Vu que seuls les décès cumulatifs ont été généralement publiés, il a été impossible d'estimer de façon directe l'effet du dépistage sur l'espérance de vie. Alors, l'effet du dépistage sur la mortalité annuelle par cancer du sein a été estimé pour chacune des quatre études. Ces estimations ont été combinées de façon statistique en vue d'obtenir une estimation globale moyenne. La prolongation de l'espérance de vie a été estimée à partir de cette estimation globale moyenne.

Estimations de la réduction de la mortalité

Dans ces études qui comportent divers degrés de participation et de contrôle de la qualité ainsi que diverses autres caractéristiques, la réduction de la mortalité annuelle après la cinquième année chez les femmes invitées au programme de dépistage a varié entre 24 % et 54 %. En combinant les résultats obtenus dans ces études pour tous les groupes d'âge, on en arrive à une réduction globale de 35 % de la mortalité annuelle (après la cinquième année). Si l'on considère uniquement dans ces études les données concernant les femmes âgées (c'est-à-dire entre 50 et 69 ans), on obtient une réduction globale de la mortalité de 43 %.

Applicabilité du programme au Québec

Lorsqu'on veut utiliser ces estimations pour prédire les effets de l'instauration d'un éventuel programme de dépistage au Québec, il faut examiner avec soin les facteurs qui expliquent les taux observés dans ces essais et qui pourraient influencer sur les résultats de ce programme au Québec. Parmi ces facteurs, il faut mentionner les caractéristiques de la population féminine, les manifestations de la maladie, le taux de participation, l'efficacité du traitement chez les sujets où le diagnostic a été porté et les particularités de la stratégie de dépistage, notamment l'âge et les intervalles auxquels le dépistage est pratiqué. De plus, il importe de définir un niveau de dépistage de référence auquel on pourra comparer les résultats obtenus avec le programme de dépistage si celui-ci est mis en place. Malheureusement, il y a très peu d'informations concernant ces facteurs tant dans les

études publiées, qu'au Québec. Alors, les estimations calculées à partir de ces quatre études ne peuvent donc être adaptées au Québec. Pour appliquer au Québec les résultats des études faites ailleurs, il faut supposer que le Québec ne s'écarte pas trop des populations à l'origine des études à partir desquelles nos estimations ont été faites, ce qui n'est pas du tout sûr. En gardant présentes à l'esprit ces suppositions, nous estimons qu'on peut obtenir une baisse éventuelle de 40 % du taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Il y a au Québec 630 000 femmes dans ce groupe d'âge. Pour les raisons que nous expliquons dans le Rapport Principal, c'est sur ce groupe d'âge que nous porterons notre attention. Cela correspondrait à une réduction de 20 % de tous les cas de mortalité par cette maladie.

Contrôle de la qualité

L'obtention de tels résultats nécessiterait le respect de normes élevées pour ce qui est des équipements et de tous les éléments qui ont contribué à leur réalisation. Le niveau de qualité devrait être au moins égal à celui des quatre études de référence.

Participation

Le degré de participation que les femmes invitées au dépistage doivent atteindre pour qu'on obtienne les résultats précités est inconnu. La participation moyenne au premier cycle de dépistage dans les quatre études de référence a été de 75 % et a chuté sensiblement par la suite. Dans un programme maintenu pendant 15 ans aux Pays-Bas, des effets comparables ont été obtenus avec une participation variant entre 50 et 67 % selon l'âge. Ainsi les estimations du présent rapport, autres que celle de réduction de mortalité, sont-elles toutes données pour répondre à une participation possible de 100 %, 75 % et 60 %.

Effets nocifs sur la santé

Un programme de dépistage du cancer du sein est capable, aussi, d'entraîner des inconvénients pour la santé. Le risque théorique de cancer par exposition aux rayons X à des fins de dépistage est suffisamment bas pour ne pas influencer la décision. Toutefois, à la suite d'un résultat faussement positif au début, il découlerait de l'anxiété et des malaises inutiles chez 19 000 femmes avec une participation de 100 %, chez 14 250 femmes avec un taux de participation de 75 % et chez 11 400 femmes avec un taux de participation de 60 %. Environ 45 % de ces faux positifs conduiraient à des biopsies à l'aiguille et 15 % à des biopsies-exérèses. L'anxiété causée par ces interventions pourrait être considérable mais ne peut être quantifiée pour le moment.

Estimation du coût

Nous avons considéré les coûts directs d'un programme permanent de dépistage pour le système de dispensation des soins. Les frais de mise en place du programme n'ont pas été estimés. Nous avons supposé que le fait d'être créé de toutes pièces ou à partir d'installations déjà existantes ne changerait pas grand-chose au coût de fonctionnement du programme, si, dans les deux cas, les mêmes normes sont respectées.

Nous estimons que, si toutes les femmes de 50 à 69 ans participaient à un programme de dépistage bisannuel, le coût serait de l'ordre de 27 millions de \$ par an. Avec des taux de participation de 75 % et de 60 %, le coût pourrait être de l'ordre de 20 millions et de 16 millions respectivement.

Relation entre les coûts et les avantages

En gardant présentes à l'esprit les nombreuses suppositions et approximations utilisées pour parvenir à ces estimations, il faut traiter avec prudence tout effort pour établir une relation entre les avantages et les coûts. Après une période de mise en marche, on peut s'attendre à ce qu'un programme comparable à ceux des études de référence puisse prévenir environ 230 décès par année, ce qui représente au total une augmentation de l'espérance de vie de 4700 années. Si une participation complète des femmes est nécessaire pour donner ce résultat, il en coûterait 27 millions par année, c'est-à-dire 117 000 \$ par décès évité ou 5700 \$ par année-vie. Si l'on pouvait obtenir les mêmes avantages avec une participation de 75 % seulement, les chiffres correspondants seraient de 87 000 \$ et 4300 \$ respectivement ; si on obtenait ces avantages avec une participation de 60 %, les chiffres correspondants seraient alors de 70 000 \$ et 3400 \$.

La décision de mettre en place ou non un programme de dépistage à l'intention d'un groupe d'âge déterminé devrait tenir compte non seulement des effets sur la santé et des coûts mentionnés plus haut, mais également des coûts indirects et personnels qu'elle risque de provoquer et de l'anxiété qu'engendre le processus de dépistage.

Autres études

Pour les raisons invoquées précédemment, la décision d'instaurer ou non un programme de dépistage, si elle est fondée sur les données actuellement disponibles, est difficile à prendre. De plus, les résultats d'une étude canadienne qui doit paraître sous peu pourraient se révéler déterminants pour ce qui est de la stratégie de dépistage choisie pour le programme québécois. Les résultats préliminaires après sept années de fonctionnement de ce programme ne montrent aucune différence entre la mortalité totale observée chez les femmes invitées au programme de dépistage mammographique et celle des femmes invitées à un examen physique seulement. Aussi est-il peut-être prudent de retarder le lancement d'un nouveau programme au moins jusqu'à ce que les résultats de cette étude puissent être revus plus en détail.

Considérations dans l'immédiat

Il faut se rappeler qu'on procède déjà à de nombreuses mammographies au Québec (230 000 en 1989) et que ce nombre va croissant (de 20 % environ par année). Étant donné que la fréquence du cancer du sein est constante, on peut supposer que le nombre des mammographies de dépistage augmente. Le coût de ces activités de dépistage est déjà considérable (les frais remboursés par la RAMQ à elle seule ont dépassé 8 millions de \$ en 1989). Ces montants augmenteront dans l'avenir, qu'on prenne ou non la décision d'instituer un programme en bonne et due forme à ce moment-ci.

Plus pressant que d'envisager le bien-fondé d'un programme de dépistage en tant que tel : c'est de se demander s'il ne faudrait pas intervenir immédiatement pour améliorer les activités de dépistage déjà en place. L'amélioration immédiate de ces activités pourrait être abordée de deux façons : en dirigeant celles-ci vers le groupe d'âge où elles offrent les avantages les plus grands ; en augmentant la qualité du processus de dépistage à tous les niveaux.

À cette fin, il faudrait premièrement identifier les mammographies de dépistage et les faire rémunérer d'une façon appropriée par la RAMQ.

Deuxièmement, bien qu'il n'y ait pas de limite d'âge bien défini où le dépistage ne devrait pas avoir lieu, il faut se rappeler que la proportion des faux positifs est élevée chez les femmes jeunes. Par ailleurs, chez la femme âgée, l'espoir d'un allongement de la vie grâce au dépistage précoce du cancer diminue. C'est donc entre 50 et 69 ans environ qu'il y a le plus de chances de tirer avantage des mesures de dépistage. Qu'on décide ou non d'encourager le dépistage dans ce groupe d'âge, il serait souhaitable de décourager le dépistage systématique chez les femmes en dehors de ce groupe d'âge par des mesures d'éducation appropriées et peut-être aussi en accordant une moindre rémunération dans ce cas.

Troisièmement, l'efficacité des activités actuelles de dépistage pourrait être accrue par la définition, à l'intention des centres où le dépistage se pratique, de lignes directrices concernant l'achat et l'entretien du matériel et des équipements utilisés ainsi que les garanties de qualité données par les fournisseurs. On pourrait également édicter des lignes directrices pour la formation du personnel technique et des médecins et pour le contrôle de la qualité de manière à s'assurer que les activités de dépistage soient d'une qualité qui garantisse leur succès.

Finalement, on pourrait aider considérablement les décideurs dans l'avenir si ceux-ci connaissaient l'étendue actuelle des activités de dépistage, l'âge des personnes actuellement soumises au dépistage et les résultats de celui-ci pour ce qui est en particulier du nombre de vrais positifs et de faux positifs, de l'importance des interventions thérapeutiques et, si possible, de l'accroissement de l'espérance de vie des femmes. Il faudrait donc établir un mécanisme de collecte de toutes ces données.