



# Qualité du processus de dépistage

## Un facteur critique négligé et un élément essentiel de la prise de décision partagée concernant le dépistage

James A. Dickinson MB BS PhD CCFP FRACGP Roland Grad MD CM MSc CCFP FCFP Brenda J. Wilson MB ChB MSc MRCP(UK) FFPH  
Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP Harminder Singh MD MPH FRCPC Olga Szafran MHSA Guylène Thériault MD CCFP

*Le cancer inquiétait beaucoup M<sup>me</sup> Lamontagne, mais la coloscopie, et ses possibles complications, lui faisaient peur aussi. Elle avait demandé à son gastro-entérologue s'il avait déjà eu des patients qui avaient eu des complications graves, et il lui avait assuré que cela ne s'était jamais produit. Elle a dit à mon collègue (J.A.D.) que le gastro-entérologue l'avait rassurée. Il savait que peu de temps auparavant, un patient avait été hospitalisé pour une perforation survenue durant une coloscopie réalisée par ce même gastro-entérologue. Le gastro-entérologue mentait-il? Ou peut-être qu'il n'était pas au courant, puisque le patient ayant subi la perforation avait été admis dans un service de chirurgie. Nombreux sont les médecins qui ne connaissent pas les issues cliniques découlant de leur travail, parfois simplement parce que celles-ci ne sont pas mesurées.*

Cette situation fait ressortir que le dépistage est un jeu de probabilités—il existe un équilibre entre la probabilité qu'une personne bénéficie du test et les préjudices potentiels ou le prix qu'elle devra payer pour obtenir ces bienfaits. Une performance sous-optimale, entraînant moins de bienfaits potentiels ou plus de préjudices potentiels, peut faire pencher la balance vers un dépistage inefficace, voire nuisible. Le présent article décrit l'importance de la qualité des tests de dépistage courants afin d'aider les médecins de famille à comprendre les enjeux dont ils doivent tenir compte pour pouvoir assurer aux patients qu'ils bénéficieront du test tout en réduisant les torts liés au dépistage. Nous allons traiter des mesures de la tension artérielle, des analyses de laboratoire pour

dépister le diabète et les taux de lipides, de même que du dépistage du cancer.

La grande majorité des personnes ne seront pas atteintes de la maladie pour laquelle elles subissent le dépistage, alors que seule une proportion de celles qui sont destinées à avoir la maladie bénéficiera de la réduction de leur probabilité d'avoir la maladie (p. ex. dépistage du cancer du col de l'utérus ou du côlon, AVC durant le traitement de l'hypertension) ou de la découverte de la maladie assez tôt pour en réduire les conséquences graves (p. ex. dépistage du diabète, mammographie). Ainsi, les bienfaits découlant du dépistage sont rares.

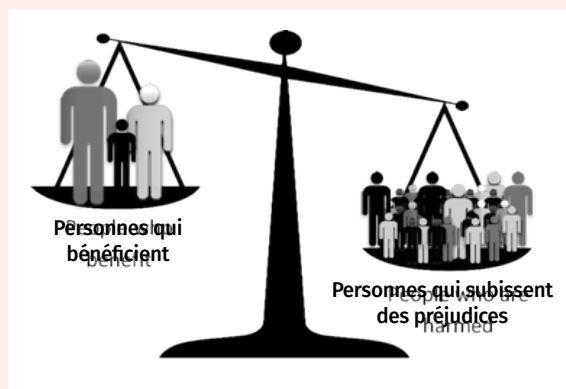
Ces bienfaits se concrétisent habituellement longtemps après le dépistage—quelques années au moins, sinon plus. Par exemple, les bienfaits du traitement de l'hypertension sur la mortalité chez les personnes dont la tension artérielle systolique se situe entre 140 et 159 mm Hg sont estimés à 0,86 par 1000 après 4,5 ans; pour prévenir les événements cardiovasculaires majeurs (infarctus du myocarde, AVC), il serait de 11 par 1000<sup>1</sup>. Toutefois, les préjudices sont plus fréquents et souvent immédiats<sup>2</sup>. La **Figure 1** illustre l'équilibre entre les bienfaits importants pour quelques-uns et les torts mineurs pour beaucoup survenant à la suite du dépistage et de la prise en charge des résultats. L'évaluation de cet équilibre entre les bienfaits et les préjudices possibles varie d'une personne à l'autre en fonction de l'importance donnée à ces conséquences par la personne qui fait le choix. Pour assurer que les bienfaits potentiels demeurent supérieurs aux préjudices potentiels, il faut s'assurer de

### Points de repère

- ▶ L'équilibre est habituellement délicat entre les bienfaits et les torts des tests de dépistage. Même une réduction infime des bienfaits ou une augmentation infime de la fréquence des torts fait pencher la balance en défaveur de processus de dépistage dont l'efficacité était autrefois démontrée.
- ▶ Beaucoup de torts surviennent durant le dépistage et le processus de suivi. Pour les réduire, les médecins de famille doivent s'assurer de la qualité de leur propre dépistage et insister pour recevoir toute l'information des spécialistes et des laboratoires vers lesquels ils aiguillent leurs patients.
- ▶ La plupart des laboratoires cliniques certifiés au Canada surveillent présentement la qualité de leurs tests, mais d'autres éléments du système de santé exercent une surveillance limitée.
- ▶ Puisque la qualité des soins varie grandement dans la pratique habituelle, les médecins de famille doivent donner préférence aux services de dépistage qui ont recours à des processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

maximiser les bienfaits et de minimiser les préjudices. Bien que beaucoup jugent mineurs les préjudices les plus fréquents comparativement aux bienfaits potentiels, des préjudices graves sont possibles. En qualité de médecins, nous trouvons difficile de parler des préjudices causés par ce que nous faisons, mais il faut aider les patients à comprendre les probabilités et l'ampleur des bienfaits et des préjudices afin de leur permettre de faire un choix *avant* d'entrer dans la cascade du dépistage<sup>3,4</sup>.

**Figure 1. Effets du test de dépistage : Équilibre entre des bienfaits importants pour quelques-uns et des préjudices mineurs pour plusieurs.**



La plupart des tests de dépistage sont conçus pour produire des résultats positifs à une fréquence plus élevée que la prévalence de la maladie, de manière à ne pas omettre de cas réels. Des interventions de suivi sont inévitablement nécessaires pour diagnostiquer les vrais positifs et la plupart des « dépistages positifs » se révèlent être des faux positifs. Certaines de ces personnes souffrent inutilement des conséquences des tests subséquents. Dans la plupart des études qui éclairent notre pratique—qu'elles portent sur un médicament ou sur un test de dépistage—la qualité est minutieusement contrôlée pour assurer des conclusions sans équivoque. La réplication des bienfaits démontrés dans les études de recherche exige les mêmes normes strictes de qualité à tous les stades du processus de dépistage et du diagnostic. Comme le note Muir Gray, « Pour être efficaces dans le contexte de la prestation des services, les programmes de dépistage s'étant montrés efficaces en recherche exigent que l'on soit obsédé par la qualité<sup>5</sup>. » Nous ne pouvons tenir pour acquis que cela est appliqué dans la pratique quotidienne; nous devons donc nous informer de la réalité de notre contexte local.

### Parcours du dépistage

Le parcours du dépistage (Tableau 1) s'applique à tout programme de dépistage. Le présent article traite du

**Tableau 1. Parcours du dépistage et problèmes connexes**

STADE	PARCOURS DU DÉPISTAGE	FACTEURS DONT IL FAUT TENIR COMPTE	PROBLÈMES
1	Sélectionner les bons patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bon groupe d'âge</li> <li>Patients qui présentent un risque suffisant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients sont trop jeunes ou trop frêles</li> <li>Exposer un patient à faible risque à une TDM de dépistage du cancer du poumon</li> </ul>
2	Faire le test primaire correctement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure de la TA</li> <li>Dépistage du poumon par TDM à faible dose</li> <li>Utiliser le TFI s'il est disponible plutôt que le test à base de gaïac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas utiliser un dispositif automatisé de mesure de la TA</li> <li>TDM interprétée par un radiologiste non spécialisé</li> </ul>
3	Refaire le test au bon intervalle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonne fréquence</li> <li>Arrêter le dépistage lorsque les torts surpassent les bienfaits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyses de laboratoire « annuelles » recommandées aux fins de simplicité</li> <li>Les résultats des mammographies annuelles trouvent plus de faux positifs que les mammographies tous les 2 ou 3 ans</li> </ul>
4	S'assurer de la bonne qualité des tests secondaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi adéquat des tests positifs</li> <li>Qualité de la biopsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas demander de coloscopie après un TFI positif</li> <li>Le pathologiste ne revoit pas les cas marginaux ou difficiles avec les autres cas</li> </ul>
5	Déterminer le cheminement pour mettre le traitement en route	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste d'attente trop longue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients surdiagnostiqués pour lesquels le « cancer » ne nécessite pas de traitement</li> </ul>
6	Administrer un traitement définitif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité du traitement et taux de complications</li> <li>Prise en charge à long terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le surtraitement du diabète causant des épisodes d'hypoglycémie</li> </ul>
7	Suivi des patients traités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refaire la coloscopie après l'ablation du polype</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répéter trop tôt, ou trop tard, après un polype de grade élevé</li> </ul>

TA tension artérielle, TDM—tomodensitométrie, TFI— test fécal immunochimique.

rôle des médecins de famille durant les stades 1 à 4 du parcours du dépistage—ce que nous faisons et à quels services de dépistage nous aiguillons nos patients.

**Sélection des bons patients.** La plupart des lignes directrices en matière de dépistage limitent leurs recommandations positives à un groupe précis de patients, la plupart du temps en fonction de l'âge, mais parfois aussi en fonction des caractéristiques démographiques ou des facteurs de risque précis, tels que les scores de risque de diabète. Les données probantes sont parfois inadéquates à l'extérieur de ce groupe. Plus souvent, les lignes directrices recommandent carrément d'éviter les tests à l'extérieur de ce groupe précis, principalement parce que la maladie est si rare au sein de ce groupe que les chances de bienfaits sont faibles, alors que les préjudices sont toujours possibles; le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de moins de 25 ans<sup>6</sup> ou le dépistage du cancer du côlon chez les personnes de moins de 50 ans (chez celles qui sont exemptes de facteurs de risque spécifiques) en sont des exemples<sup>7</sup>. De plus, la plupart des recommandations se concentrent sur les personnes qui présentent un «risque normal» et dont les probabilités d'avoir la maladie ne sont pas élevées, par exemple en raison d'antécédents familiaux. Chez les patients à risque élevé, nous devons choisir minutieusement les conseils appropriés. Il faut aussi penser à exclure les personnes atteintes d'une autre maladie qui limite l'espérance de vie, puisqu'elles risquent de subir des préjudices à court terme, mais ne vivront pas assez longtemps pour tirer les bienfaits du dépistage.

**Faire le test primaire correctement.** La tension artérielle doit être mesurée soigneusement, en suivant les recommandations de mesures valides<sup>8</sup>; si on ne le fait pas, l'hypertension sera surdiagnostiquée, ce qui étiquetera le patient et entraînera du surtraitement<sup>9,10</sup>. Lors de la mesure de la tension artérielle chez une personne pour laquelle on soupçonne de l'hypertension, il faut soit prendre des mesures répétées à l'aide d'un dispositif automatisé<sup>11</sup> ou réaliser une mesure ambulatoire sur 24 h de la tension artérielle avant de prendre la décision de traiter<sup>12</sup>—une décision qui change la vie d'une personne car elle devient maintenant un patient.

Un dépistage du cancer du col de l'utérus de bonne qualité commence par le prélèvement d'un bon échantillon. Pour l'heure, au Canada, il s'agit toujours d'un échantillon cellulaire du col. Nous devrions tenter de prélever un échantillon de la zone de transition dans son entièreté, ce qui signifie d'appliquer soigneusement la spatule et de la faire pivoter en incluant les formes irrégulières du col, de manière à ne pas manquer des régions localisées portant des cellules anormales. L'échantillon doit ensuite être préservé correctement. La plupart des provinces utilisent la technologie en milieu liquide, mais certaines provinces exigent toujours de déposer l'échantillon sur une lame; dans ce cas, le

processus d'étalement et de fixation est crucial pour donner aux cytothéologues la meilleure chance de détecter les cellules anormales. Le laboratoire devrait vous dire si vos échantillons sont constamment inadéquats.

**Refaire le dépistage au bon intervalle.** La plupart des résultats des tests de dépistage sont négatifs; on demande alors aux patients de refaire le test après un certain intervalle. L'intervalle est important; il doit être assez long pour que la maladie évolue suffisamment pour qu'il vaille la peine de refaire le test. Si l'intervalle est trop court, il y aura très peu de nouvelles maladies, et presque toutes les constatations seront alors de faux positifs; si l'intervalle est trop long, certaines maladies nous auront échappé. Les recommandations prudentes tiennent compte de l'intervalle et l'adaptent aux différents profils de risque, ne se limitant pas à recommander les tests à une fréquence annuelle pour plus de simplicité<sup>13</sup>.

**Veiller à la qualité des tests.** La plupart des laboratoires diagnostiques du Canada sont dotés de systèmes sophistiqués d'assurance de la qualité. Les provinces accordent des permis aux laboratoires et les révisent à quelques années d'intervalle. Les processus d'assurance de la qualité consistent à soumettre des échantillons de contrôle à chaque série de tests, à refaire les tests lors de résultats anormaux, à faire des contrôles en fonction de normes externes, et à identifier la plage normale et l'ampleur de la variabilité des résultats. Cela s'applique aux taux de lipides et d'hémoglobine A<sub>1c</sub>; nous pouvons donc être confiants dans les résultats obtenus.

Puisque les tests de dépistage visent à identifier des anomalies naissantes, ils sont parfois plus complexes que les tests diagnostiques. Dans le cas des pathologies dont le diagnostic repose sur un jugement clinique, comme la cytologie de dépistage ou la lecture des échantillons de biopsie, la qualité est vérifiée à l'aide d'une quantité substantielle de doubles lectures. Le Partenariat canadien contre le cancer a collaboré avec les laboratoires du pays à l'élaboration de normes de manutention des biopsies et de terminologie utilisée dans les rapports. Les pathologistes doivent aussi corrélérer leurs rapports avec les observations radiologiques ou cliniques. À titre de défenseurs de leurs patients, les médecins traitants peuvent s'enquérir des programmes d'assurance de la qualité en vigueur dans le laboratoire local et de leur rendement.

Lorsque le travail est réalisé par des cliniciens ne faisant pas partie d'un système formel de surveillance de la qualité, le potentiel de variation est beaucoup plus élevé; les médecins de famille doivent donc être beaucoup plus conscients des questions relatives à la qualité. Nous devrions peut-être questionner nos collègues et changer nos pratiques de référence, dans la mesure du possible, afin d'aiguiller nos patients vers des services offrant des tests de meilleure qualité.

## Enjeux liés au dépistage du cancer

Nous allons ici parler de ce que nous percevons être les enjeux les plus importants liés au dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein, du côlon, des poumons et de la prostate.

**Dépistage du cancer de l'utérus.** Si le test de Papanicolaou est positif et que la femme nécessite une colposcopie, ce processus est aussi assujéti au contrôle de la qualité. Il s'agit de suivre des protocoles, de prendre les biopsies appropriées et d'entreprendre un LEEP (*loop electrosurgical excision procedure*) de taille minimale. Bien qu'il n'y ait, au Canada, aucun processus systématique en place pour assurer des standards dans la réalisation de la colposcopie et des interventions par LEEP, certaines provinces ont mis sur pied un processus de contrôle de la qualité; par exemple, l'Alberta a recours à un système électronique qui enregistre systématiquement chaque résultat de colposcopie et, grâce aux discussions durant les réunions provinciales sur la colposcopie, les façons de procéder deviennent de plus en plus uniformes. Aux États-Unis, les lignes directrices issues de données probantes incluent des recommandations visant à améliorer la qualité de la colposcopie<sup>14</sup>.

**Dépistage du cancer du sein.** La mammographie doit être réalisée dans un service de radiologie. Le contrôle de la qualité des machines et des technologues est souvent standardisé. Les techniciens réalisent l'imagerie, et l'Association canadienne des radiologistes s'est dotée d'une série de normes qui se concentrent sur la qualité des images<sup>15</sup>; cependant, en matière de lecture des images, les normes de contrôle de la qualité de la lecture par les radiologistes ne sont pas facilement disponibles. Les centres britanniques exigent que les lecteurs de clichés de mammographie reçoivent une formation formelle et réalisent au moins 5000 lectures par année dans le but d'estimer leur taux de diagnostics et d'omissions<sup>16</sup>. Il est difficile d'évaluer la précision du travail des personnes qui n'effectuent que quelques lectures. Les normes canadiennes en matière de qualifications des médecins interprétants (radiologistes) n'exigent que 40 heures de formation et la lecture d'au minimum 480 mammographies par année<sup>17</sup>. Cela pourrait être insuffisant pour maintenir les compétences et mesurer les indicateurs importants de la qualité. De plus, les radiologistes nord-américains ont tendance à se concentrer sur la sensibilité maximale plutôt que sur l'équilibre entre la sensibilité et la spécificité. Le taux de mammographies positives dans les programmes européens et australiens<sup>18</sup> de mammographies de dépistage est d'environ 4%, alors qu'aux États-Unis, il est de 8 ou 9%<sup>16,19</sup>. En 2011 et 2012, au Canada, le taux de résultats positifs aux deuxièmes tests de dépistage et aux tests subséquents dans les grandes provinces oscillait entre 4,0 et 9,2% (**Figure 2**)<sup>20</sup>. Malheureusement,

on ne dispose pas de comparaison récente. L'incidence du cancer détecté dans ces provinces ne varie pas en conséquence, donc cette «sensibilité» accrue vient au prix de nombreux faux positifs. En Colombie-Britannique, différents centres de dépistage rapportent un taux de faux positifs oscillant entre 3 et 9%. Le taux de biopsies subséquentes fluctue entre moins de 2 à plus de 8 femmes par 1000. En moyenne, une femme qui subit le dépistage tous les 2 ans entre l'âge de 50 et 69 ans présente 41% de risque d'obtenir un faux positif et 5 ou 6% de risque de subir une biopsie avant qu'on puisse lui dire que son résultat initial était un faux positif<sup>21</sup>. Le dépistage, sur une longue période et de façon répétée, dans les centres qui présentent des taux élevés de faux positifs, pourrait entraîner un risque de préjudices encore plus grand<sup>22</sup>. Vu l'équilibre délicat entre les bienfaits et les préjudices potentiels<sup>23</sup>, il vaut probablement mieux ne pas procéder au dépistage que se fier à une lecture de mauvaise qualité de la mammographie.

Les provinces dotées d'un programme formel de dépistage systématique et de centres spécifiques dotés d'un système de contrôle de la qualité atteignent probablement un meilleur équilibre entre les bienfaits et les préjudices que les approches moins strictes. Il serait judicieux que les médecins de famille s'informent du taux de faux positifs dans les centres de dépistage et pour aiguiller les patientes vers les centres dont le taux est faible. Ce processus semble décourageant, mais les leaders locaux en médecine familiale pourraient lancer une initiative consistant à poser la question à leurs radiologistes locaux et à discuter de la réponse entre collègues. Vous trouverez une liste de questions pouvant être posées durant ces conversations à **CFPlus\***.

Nous devons éviter d'aiguiller nos patientes vers des centres qui recommandent systématiquement les mammographies annuelles ou encouragent le recours aux nouvelles approches de dépistage, telles que la tomosynthèse ou l'imagerie par résonance magnétique et l'échographie du sein. Ces approches coûteuses produisent des diagnostics supplémentaires, la plupart sont soit des atteintes non cancéreuses ou des surdiagnostics de cancer, sans données probantes de bonne qualité étayant un bienfait concomitant<sup>24,25</sup>.

**Dépistage du cancer du côlon.** Le dépistage est accompli par plusieurs méthodes. Les tests de recherche de sang occulte dans les selles à base de gaïac ont été, ou sont, progressivement abandonnés dans la plupart des provinces pour être remplacés par le test fécal immunochimique (TFI). Chaque province règle la sensibilité du TFI à un niveau différent, donc le taux de faux positifs varie. Les

\*Une liste de questions sur la qualité à poser aux praticiens qui réalisent les tests de dépistage se trouve à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca). Allez au texte intégral (Full text) de l'article en ligne puis cliquez sur l'onglet **CFPlus**.



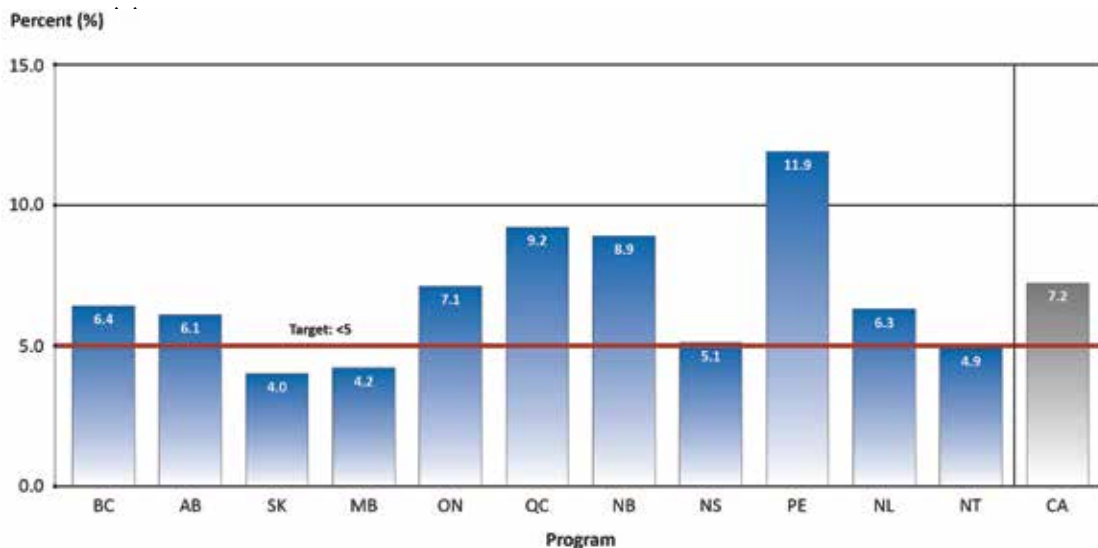
cliniciens doivent utiliser le test fourni et le seuil utilisé dans leur province. Si le choix de la méthode est possible, il importe d'utiliser le TFI, qui s'accompagne de nombreux avantages par rapport aux tests de recherche de sang occulte dans les selles à base de gaïac.

La coloscopie est la variable clé du dépistage du cancer du côlon, puisqu'elle constitue le suivi à tout résultat positif au test initial et est le premier test pour les personnes à risque élevé. On rapporte que le taux d'intubation du cæcum (c.-à-d. taux de coloscopie complète) varie grandement entre prestataires d'endoscopie. La préparation adéquate des intestins est garante d'un bon examen et cela doit être inscrit au rapport. La détection et l'ablation des polypes adénomateux (c.-à-d. taux de dépistage des adénomes [TDA]) est un paramètre clé<sup>26</sup>. Un TDA élevé indique un risque plus faible de cancer du côlon et de décès pour cause de cancer du côlon subséquent, mais le TDA varie grandement entre prestataires d'endoscopie. La perforation du côlon est l'une des complications potentielles les plus graves de la coloscopie. Le taux de perforation doit être faible (1 pour 1000 pour les coloscopies de dépistage), mais il peut être plus élevé à l'ablation de gros polypes. Les endoscopistes devraient connaître leur taux de perforation, d'autres complications, et leurs résultats, tels que le taux de

détection de polypes. Lorsque les événements sont rares, les taux sont difficiles à générer pour chaque prestataire, mais cette information devrait être disponible au moins pour les centres d'endoscopie.

Tous les médecins tentent d'obtenir les meilleurs résultats pour leurs patients. Ainsi, les coloscopistes doivent participer aux mesures de la qualité de leur travail. La qualité des coloscopies ne se mesure pas en fonction de la spécialisation du prestataire, qu'il soit chirurgien, gastro-entérologue, médecin de famille ou infirmière, mais plutôt en fonction de la formation en coloscopie, du nombre de coloscopies réalisées et, surtout, de la méticulosité durant l'intervention. Beaucoup de centres limitent les coloscopies de dépistage aux prestataires qui en réalisent plus de 200 ou 300 par année, en raison du grand effet du volume sur les résultats des coloscopies. Bien qu'un processus d'évaluation de la qualité de l'acte soit propice à l'amélioration<sup>27</sup>, ces systèmes ne sont pas mis en place dans tous les centres. En Alberta, les coloscopistes médecins de famille ont publié leurs indices de qualité<sup>28</sup>. Si les médecins de famille exigent régulièrement cette information auprès des services de dépistage vers lesquels ils dirigent leurs patients, plus d'endoscopistes feront cet effort pour l'obtenir.

**Figure 2. Taux de rappel pour anomalie\* pour une deuxième mammographie ou des mammographies subséquentes chez les femmes de 50 à 69 ans, par programme provincial : années de dépistage 2011 et 2012.**



Crédit pour la photo : Partenariat canadien contre le cancer.

AB - Alberta, BC - Colombie-Britannique, CA - Canada, MB - Manitoba, NB - Nouveau-Brunswick, NL - Terre-Neuve-et-Labrador, NS - Nouvelle-Écosse, NT - Territoires du Nord-Ouest, ON - Ontario, PE - Île-du-Prince-Édouard, QC - Québec, SK - Saskatchewan.

Traduit avec la permission du Partenariat canadien contre le cancer<sup>20</sup>.

\*Le taux de rappel pour anomalie est le pourcentage de résultats à la mammographie de dépistage jugés anormaux<sup>20</sup>.


**Dépistage du cancer du poumon.** La tomодensitométrie (TDM) à faible dose est un test de dépistage du cancer du poumon chez les personnes à risque<sup>29</sup>. Cependant, les bienfaits sont peu fréquents—3 personnes sur 1000 ayant été soumises au dépistage vivront plus longtemps—alors que les préjudices potentiels découlant des faux positifs et des investigations subséquentes, y compris la biopsie du poumon, sont beaucoup plus fréquents. Sans radiologistes et pathologistes très expérimentés, et sans médecins et chirurgiens thoraciques très compétents, les préjudices sont probablement plus grands que les bienfaits. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a pris soin de préciser que le dépistage doit être réservé aux personnes qui présentent un risque suffisant pour que le potentiel de bienfaits surpasse les préjudices, et que le dépistage du poumon par TDM à faible dose ne devrait être réalisé que dans les centres dotés de l'expertise appropriée<sup>29</sup>. Cette recommandation était prémonitoire; des rapports publiés récemment aux États-Unis montrent que le taux de préjudices est 2 fois plus élevé que le taux observé dans le cadre des études<sup>30</sup>. Cette exigence pourrait sembler problématique pour les Canadiens qui vivent à l'extérieur des grands centres, mais si l'équipement de TDM à faible dose est disponible dans les agglomérations moins importantes, la lecture des clichés peut maintenant être réalisée à distance par un radiologiste spécialisé. Tous les patients qui obtiennent des résultats positifs doivent être dirigés vers un centre spécialisé, puisque les investigations et les prises en charge plus approfondies exigent jugement et compétences, car elles peuvent entraîner des dommages considérables. Il ne faut pas dépister les patients par TDM standard ni les aiguiller vers un centre qui n'a pas en place un programme d'assurance de la qualité.

**Dépistage du cancer de la prostate.** Le Groupe d'étude canadien émet une recommandation faible ou conditionnelle contre le dépistage des antigènes prostatiques spécifiques<sup>31</sup>, mais si, après une prise de décision partagée, votre patient opte pour le test et que le résultat est élevé, qu'allez-vous faire? Le seuil de référence est variable. Il est ensuite difficile d'obtenir les données sur la qualité du support décisionnel offert aux hommes, la manière dont la biopsie est réalisée et le risque d'infection subséquente<sup>32</sup>. Plus le grade de la tumeur est élevé, plus la précision du diagnostic de pathologie à partir de la biopsie est faible<sup>33</sup>. À l'heure actuelle, beaucoup d'efforts sont déployés pour améliorer la standardisation. Le taux de surdiagnostic est élevé, donc de nombreux centres encouragent les hommes à envisager la surveillance active, laquelle évalue régulièrement si l'atteinte a progressé. Il n'existe cependant aucun chiffre facilement accessible indiquant le nombre d'hommes qui subissent éventuellement une prostatectomie radicale, c'est-à-dire une chirurgie accompagnée de morbidité substantielle et d'un faible taux de mortalité. Il faut

parler de ces incertitudes avec les hommes avant qu'ils entrent dans la cascade du dépistage<sup>31</sup>.

## Conclusion

Les médecins de famille ne peuvent tenir pour acquis que le dépistage sera bénéfique pour les patients avec l'ampleur rapportée dans les études sur le dépistage ou sous-entendue dans les recommandations des lignes directrices. En pratique, chaque étape du parcours du dépistage est assujettie à diverses menaces à la qualité. Nous devons assurer la qualité des éléments pour lesquels nous sommes responsables. Les rapports et les commentaires sont garants de l'amélioration, laquelle est nécessaire pour améliorer les bienfaits nets chez nos patients, et faire pencher la balance en faveur de services efficaces et efficaces. Idéalement, les patients doivent connaître les issues du dépistage dans le contexte où les services sont offerts, afin qu'ils puissent choisir de ne pas participer si leur jugement personnel de l'équilibre est négatif. Il est essentiel d'avoir en main l'information exacte pour participer au processus de décision partagée recommandé avant d'entrer dans la cascade du dépistage. Le fait de connaître la qualité nous rassure que le dépistage bénéficie probablement à nos patients plutôt que de leur nuire.

Bien qu'il soit difficile de remettre en question la qualité des soins dispensés par nos collègues spécialistes, il est crucial de poser la question, puisque la qualité des soins qu'ils dispensent varie grandement. Les services de dépistage qui intègrent des mesures d'assurance de la qualité seront probablement très heureuses que vous ayez posé la question et d'avoir l'occasion de vous montrer leurs résultats. La liste se trouvant à **CFPlus\*** donne des exemples de questions pouvant être incorporées à la discussion. Lorsque l'information n'est pas disponible ou que le processus de qualité n'est pas en place, les médecins de famille doivent insister, par l'entremise de leurs organisations, pour que ces analyses soient réalisées et rendues publiques, de manière à instaurer des processus d'amélioration de la qualité. Sinon, nous devons arrêter d'utiliser le dépistage fourni par ces services. Après tout, notre premier objectif consiste à « ne pas nuire » et donc, nous devons être raisonnablement rassurés de l'équilibre positif entre les bienfaits et les préjudices dans notre contexte avant de diriger des individus vers la cascade du dépistage. 

**Le D<sup>r</sup> Dickinson** est professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Calgary, en Alberta. **Le D<sup>r</sup> Grad** est professeur agrégé au Département de médecine de famille de l'Université McGill, à Montréal, au Québec. **Le D<sup>r</sup> Wilson** est doyenne associée et professeure à la Division de santé communautaire et d'humanités à l'Université Memorial de Terre-Neuve, à Saint John's. **Le D<sup>r</sup> Bell** est professeur au Département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta, à Edmonton. **Le D<sup>r</sup> Singh** est professeur agrégé au Département de médecine interne et au Département des sciences de la santé communautaire à l'Université du Manitoba, à Winnipeg, et au Département d'hématologie et d'oncologie de CancerCare Manitoba. **M<sup>me</sup> Szafran** est directrice adjointe de recherche au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta, à Edmonton. **Le D<sup>r</sup> Thériault** est vice-doyenne associée de l'éducation médicale satellite et leader académique de la section Formation des médecins au Campus médical Outaouais de la Faculté de médecine de l'Université McGill.

### Intérêts concurrents

Tous les auteurs ont rempli les formulaires normalisés concernant les conflits d'intérêts de l'International Committee of Medical Journal Editors (accessibles sur demande auprès

de l'auteur correspondant). Le Dr Singh déclare avoir reçu des subventions de Merck Canada et des honoraires personnels de Pendopharm et de Ferring Canada, sans rapport avec les travaux soumis. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt concurrent.

#### Correspondance

Dr James A. Dickinson; courriel: dickinsj@ucalgary.ca

#### Références

- Brunström M, Carlberg B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018;178(1):28-36.
- Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ et coll. Screening: when things go wrong. *Can Fam Physician* 2018;64:502-8 (ang), e299-306 (fr).
- Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE et coll. Shared decision making in preventive health care. What it is; what it is not. *Can Fam Physician* 2017;63(9):682-4 (ang), e377-80 (fr).
- Lang E, Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Kasperavicius D, Moore AE et coll. Eliciting patient values and preferences to inform shared decision making in preventive screening. *Can Fam Physician* 2018;64:28-31 (ang), e13-6 (fr).
- Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions*. New York City, NY: Churchill-Livingstone; 1997.
- Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* 2013;185(1):35-45. Publ. en ligne du 7 janv. 2013.
- Bacchus CM, Dunfield L, Gorber SC, Holmes NM, Birtwhistle R, Dickinson JA et coll. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ* 2016;188(5):340-8. Publ. en ligne du 22 févr. 2016.
- Hypertension Canada [site web]. *Accurate measurement of blood pressure. Diagnosis and assessment*. Markham, ON: Hypertension Canada; 2015. Accessible à: <https://guidelines.hypertension.ca/diagnosis-assessment/measuring-blood-pressure/>. Réf. du 27 févr. 2019.
- Banegas JR, Ruliope LM, de la Sierra A, Vinyoles E, Gorostidi M, de la Cruz JJ et coll. Relationship between clinic and ambulatory blood-pressure measurements and mortality. *N Engl J Med* 2018;378(16):1509-20.
- Burkard T, Mayr M, Winterhalder C, Leonardi L, Eckstein J, Vischer AS. Reliability of single office blood pressure measurements. *Heart* 2018;104(14):1173-9. Publ. en ligne du 12 mars 2018.
- Roerecke M, Kaczorowski J, Myers MG. Comparing automated office blood pressure readings with other methods of blood pressure measurement for identifying patients with possible hypertension: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2019 Feb 4. Publ. en ligne avant l'impression.
- Einstadter D, Bolen SD, Misak JE, Bar-Shain DS, Cebul RD. Association of repeated measurements with blood pressure control in primary care. *JAMA Intern Med* 2018;178(6):858-60.
- Bell KJ, Hayen A, Irwig J, Takahashi O, Ohde S, Glasziou P. When to remeasure cardiovascular risk in untreated people at low and intermediate risk: observational study. *BMJ* 2013;346:f1895.
- Mayeaux EJ Jr, Novetsky AP, Chelmos D, Garcia F, Choma K, Liu AH et coll. ASCCP colposcopy standards: colposcopy quality improvement recommendations for the United States. *J Low Genit Tract Dis* 2017;21(4):242-8.
- Association canadienne des radiologistes. *CAR practice guidelines and technical standards for breast imaging and intervention*. Ottawa, ON: Association canadienne des radiologistes; 2016. Accessible à: <https://car.ca/wp-content/uploads/Breast-Imaging-and-Intervention-2016.pdf>. Réf. du 27 févr. 2019.
- Le MT, Mothersill CE, Seymour CB, McNeill FE. Is the false-positive rate in mammography on North America too high? *Br J Radiol* 2016;89(1065):20160045. Publ. en ligne du 8 juin 2016.
- Santé Canada. *Guide canadien de qualité en mammographie*. Ottawa, ON: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2002. Accessible à: [www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ewh-sent/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/radiation/02hecs-sesc267/02hecs267-fra.pdf](http://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ewh-sent/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/radiation/02hecs-sesc267/02hecs267-fra.pdf). Réf. du 27 févr. 2019.
- Australian Institute of Health and Welfare. *BreastScreen Australia monitoring report 2018*. Cancer series no. 112. Catalogue no. CAN 116. Canberra, Aust: Australian Institute of Health and Welfare; 2018. Accessible à: [www.aihw.gov.au/getmedia/c28cd408-de89-454f-9dd0-ee99e9163567/aihw-can-116.pdf.aspx?inline=true](http://www.aihw.gov.au/getmedia/c28cd408-de89-454f-9dd0-ee99e9163567/aihw-can-116.pdf.aspx?inline=true). Réf. du 26 févr. 2019.
- Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, Yankaskas BC, Zhu W, Miglioretti DL. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011;155(8):481-92. Errata dans: *Ann Intern Med* 2014;160(9):658.
- Partenariat canadien contre le cancer. *Dépistage du cancer du sein au Canada. Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité. Rapport des résultats de janvier 2011 à décembre 2012*. Toronto, ON: Partenariat canadien contre le cancer; 2017. Accessible à: <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/breast-cancer-screening-quality-indicators-2015/>. Réf. du 26 févr. 2019.
- Coldman AJ, Phillips N. False-positive screening mammograms and biopsies among women participating in a Canadian provincial breast screening program. *Can J Public Health* 2012;103(6):e420-4.
- Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA Intern Med* 2014;174(3):448-53.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Outil patientes - âgées de 50-59. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes sans risque accru*. Calgary, AB: University of Calgary; 2018. Accessible à: [https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2019/01/CTFPHC\\_Breast\\_Cancer\\_1000\\_Person\\_All\\_Ages\\_French\\_Final.pdf](https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2019/01/CTFPHC_Breast_Cancer_1000_Person_All_Ages_French_Final.pdf). Réf. du 27 févr. 2019.
- Richman IB, Gross CP. New breast cancer screening technologies in older women - is it time to pump the brakes? *JAMA Intern Med* 2019 Jan 14. Publ. en ligne avant l'impression.
- Buist DSM, Abraham L, Lee CI, Lee JM, Lehman C, O'Meara ES et coll. Breast biopsy intensity and findings following breast cancer screening in women with and without a personal history of breast cancer. *JAMA Intern Med* 2018;178(4):458-68.
- Hilsden RJ, Dube C, Heitman SJ, Bridges R, McGregor SE, Rostom A. The association of colonoscopy quality indicators with the detection of screen-relevant lesions, adverse events, and postcolonoscopy cancers in an asymptomatic Canadian colorectal cancer screening population. *Gastrointest Endosc* 2015;82(5):887-94. Publ. en ligne du 5 mai 2015.
- Tinmouth L, Patel J, Hilsden RJ, Ivers N, Llovet D. Audit and feedback interventions to improve endoscopist performance: principles and effectiveness. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2016;30(3):473-85. Publ. en ligne du 16 avr. 2016.
- Kolber MR, Olivier N, Babenko O, Torrie R, Green L. Alberta Family Physician Electronic Endoscopy study. Quality of 1769 colonoscopies performed by rural Canadian family physicians. *Can Fam Physician* 2018;64:e553-60. Accessible à: [www.cfp.ca/content/cfp/64/12/e553.full.pdf](http://www.cfp.ca/content/cfp/64/12/e553.full.pdf). Réf. du 20 mars 2019.
- Lewin G, Morissette K, Dickinson J, Bell N, Bacchus M, Singh H et coll. Recommendations on screening for lung cancer. *CMAJ* 2016;188(6):425-32. Publ. en ligne du 7 mars 2016.
- Huo J, Xu Y, Sheu T, Volk RJ, Shih YT. Complication rates and downstream medical costs associated with invasive diagnostic procedures for lung abnormalities in the community setting. *JAMA Intern Med* 2019 Jan 4. Publ. en ligne avant l'impression.
- Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J et coll. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186(16):1225-34. Publ. en ligne du 27 oct. 2014.
- Borghesi M, Ahmed H, Nam R, Schaeffer E, Schiavina R, Taneja S et coll. Complications after systematic, random, and image-guided prostate biopsy. *Eur Urol* 2017;71(3):353-65. Publ. en ligne du 17 août 2016.
- Egevad L, Delahunb B, Berney DM, Bostwick DG, Chevillie J, Comperat E et coll. Utility of Pathology Imagebase for standardisation of prostate cancer grading. *Histopathology* 2018;73(1):8-18. Publ. en ligne du 5 mars 2018.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the May 2019 issue on page 331.