

Dépistage du cancer du sein : partager la décision avec les patientes, quel impact ?

Référence

Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, et al. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2

Analyse de

Gilles Henrard, médecin généraliste, Université de Liège
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez les femmes de 40 à 75 ans, appliquer (certains aspects) d'une prise de décision médicale partagée (DMP) influence-t-elle la satisfaction des patientes à l'égard du processus décisionnel, la connaissance de toutes les options, l'implication des femmes dans la prise de décision, leur confiance dans la décision prise, leur adhésion à l'option choisie, la congruence entre le choix posé et les valeurs des patientes et leur santé mentale par rapport aux soins habituels ou à une autre intervention ne comportant pas d'éléments de prise de DMP ?

Contexte

Minerva a récemment analysé une revue systématique qui montrait que, chez les patients devant prendre une décision médicale, notamment à propos d'un dépistage, l'utilisation d'outils d'aide à la décision améliorait la congruence entre les choix posés et les valeurs des patients, leurs perceptions des risques, et leurs participations à la prise de décision (1,2). Plus globalement, pour la mise en œuvre des dépistages du cancer du sein, un processus de prise de décision médicale partagée (DMP), faisant intervenir les meilleures données probantes disponibles, les préférences du patient et une discussion avec le thérapeute, est parfois recommandée (3). L'impact du partage de la décision dans le cadre du dépistage du cancer du sein reste incertain. La revue systématique ici analysée tente de répondre à cette question (4).

Résumé

Méthodologie

Revue systématique avec méta-analyses.

Sources consultées

- Cochrane Breast Cancer Group's Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, ClinicalTrials.gov et le World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform, au 8 août 2023
- des résumés présentés à des conférences jugées pertinentes entre 2020 et 2023 ont aussi été consultés
- pas de restriction de langue
- pas de restriction liée au statut de publication.

Etudes sélectionnées

- critère d'inclusion :
 - essais contrôlés randomisés, en parallèles ou en grappes
 - interventions évaluant des interventions comprenant divers composants de prise de DMP
- exclusion des études à bras unique
- au total, 19 études ont été sélectionnées ; 2 études couvraient tous les aspects de la prise de DMP où les professionnels de la santé recevaient une formation à la prise de DMP ou des aides à la décision comprenant la communication des risques et la clarification des valeurs et des préférences des participants et impliquant une communication sur les risques et les valeurs personnelles ; 6 études ont examiné des formes abrégées de prise de DMP où des aides à la décision ont été données

aux participants avant une rencontre avec un professionnel de la santé ; les participants devaient lire seuls le matériel, qui fournissait des informations équilibrées sur les avantages et les risques du dépistage et qui comprenait des exercices de clarification des valeurs ; 11 se sont concentrées sur une meilleure communication des risques sans les autres aspects de la prise de DMP.

Population étudiée

- les femmes de 40 à 75 à risque moyen (ou légèrement augmenté) de cancer du sein devant prendre une décision à propos du dépistage ; sont concernées :
 - femmes dont risque de vie est de 15-20% (lié à la présence d'une mutation dans des gènes à haut risque comme BRCA1 ou BRCA2)
 - femmes présentant un risque à 5 ans supérieur à 1,66%, c'ad :
 - celles dont un parent au premier degré a eu un cancer du sein avant l'âge de 65 ans
 - celles dont un échantillon de biopsie mammaire antérieur a montré une hyperplasie atypique ou un carcinome lobulaire in situ
- les femmes à hauts risques étaient exclues
- au total, 64 215 femmes ont été incorporées par la synthèse méthodique.

Mesure des résultats

- critères d'évaluation recherchés : satisfaction à l'égard du processus décisionnel, confiance dans la décision prise, connaissance de toutes les options, adhésion à l'option choisie, implication des femmes dans la prise de DMP, la congruence entre le choix posé et les valeurs des patientes et la santé mentale
- les manières de mesurer ces critères (questionnaires, échelles, etc.) n'étaient pas préspecifiées (*voir discussion*).

Résultats

Tableau 1. Synthèse des résultats des interventions avec DMP versus soins habituels ou interventions sans DMP.

Interventions	Critère d'évaluation	Résultat principal	N	n	Niveau de preuve
Prise de DMP impliquant tous les composants	Connaissances sur l'âge de début du dépistage	RR de 1,18 avec IC à 95% de 0,61 à 2,28 <i>Différence statistiquement non significative</i>	1	133	Très faible
	Fréquence du dépistage	RR de 0,84 avec IC à 95% de 0,68 à 1,04 <i>Différence statistiquement non significative</i>	1	133	Très faible
Formes abrégées avec clarification des valeurs et des préférences	Conflit décisionnel, échelle de 0 le moins à 100 le plus, à 1-3 mois de suivi	Différence moyenne de -1,60 avec IC à 95% de -4,21 à 0,87 <i>Différence statistiquement non significative</i>	4	1714	Très faible
	Proportion de femmes avec conflit décisionnel résiduel à 1-3 mois de suivi	RR de 0,75 avec IC à 95% de 0,56 à 0,99 <i>En faveur de DMP</i>	1	1001	Très faible
	Connaissance des options sur une échelle de 0 à 10	Différence moyenne de 0,47 à 1,44 de DMP <i>En faveur</i>	5	2114	Faible
	Connaissance des différentes options, dichotomique (oui-ou non)	RR de 1,24 avec IC à 95% de 0,95 à 1,63 <i>Différence statistiquement non significative</i>	4	2449	Faible

	Anxiété, sur une échelle de 20 à 80	Différence moyenne de 0,54 avec IC à 95% de -0,96 à 2,14 <i>Différence statistiquement non significative</i>	2	749	Faible
	Préoccupations liées au cancer, proportion de patientes à 4-6 semaines de suivi	RR de 0,88 avec IC à 95% de 0,73 à 1,06 <i>Différence statistiquement non significative</i>	1	639	Faible
Communication améliorée sur les risques sans autres aspects prise de DMP	Confiance dans la décision, échelle de conflit décisionnel de 0 le moins à 100 le plus, à 2 semaines de suivi	Différence moyenne de 2,89 avec IC à 95% de -2,35 à 8,14 <i>Différence statistiquement non significative</i>	2	1191	Faible
	Regret anticipé de participer au dépistage	Différence moyenne de 0,28 avec IC à 95% de 0,15 à 0,41 <i>En défaveur de DMP</i>	idem		
	Regret anticipé de ne pas participer au dépistage	Différence moyenne de -0,28 avec IC à 95% de -0,42 à -0,14 <i>En faveur de DMP</i>	idem		
	Connaissance, sur une échelle de 0 à 10	Différence moyenne de 1,14 avec IC à 95% de 0,61 à 1,62 <i>En faveur de DMP</i>	4	2510	Haut
	Anxiété, sur une échelle de 20 à 80	Différence moyenne de 0,33 avec IC à 95% de -1,55 à 0,99 <i>Différence statistiquement non significative</i>	2	1193	Haut
	Dépression, sur une échelle de 0 à 21	Différence moyenne de 0,02 avec IC à 95% de -0,41 à 0,45 <i>Différence statistiquement non significative</i>	2	1193	Haut
	Préoccupations liées au cancer, sur une échelle de 1 à 4	Différence moyenne de -0,17 avec IC à 95% de -0,26 à -0,08 <i>En faveur de DMP</i>	1	838	Haut

N : nombre d'études, n : nombre de participants, IC : intervalle de confiance, RR : risque relatif

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les études utilisant des formes abrégées de la prise de décision médicale partagée et d'autres formes de communication améliorée indiquent une amélioration des connaissances et une réduction des conflits décisionnels. Cependant, l'incertitude demeure quant à l'effet du processus de la prise de DMP. La plupart des études n'ont pas évalué les critères considérés comme importants. Des essais randomisés de qualité sont nécessaires pour évaluer la prise de DMP dans divers contextes culturels, en mettant l'accent sur des résultats tels que la satisfaction des femmes et la conformité de leurs choix avec leurs valeurs.

Financement de l'étude

Aucun mentionné.

Conflit d'intérêts des auteurs

Différents auteurs ont des conflits intellectuels sur le sujet (développement d'outils aide à la décision et publication d'article sur le sujet) ; mais l'absence de conflits financiers est mentionnée.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

La question de recherche est très large et les critères d'évaluation préspecifiés nombreux et peu précis. Les auteurs discutent également d'autres critères d'évaluation trouvés dans les articles inclus. Deux auteurs ont évalué indépendamment les études à inclure et ont procédé à l'extraction des données, à l'évaluation du risque de biais dans les études primaires et à l'évaluation GRADE du niveau de preuves, suivant en cela les standards de méthodologie de la Cochrane. Le niveau de preuve était variable. Le plus souvent de faible à très faible, principalement à cause d'une attrition substantielle et parfois déséquilibrée des participants entre les groupes, à l'absence d'insu pour les participants et/ou les chercheurs et au fait que les protocoles n'étaient pas toujours prépubliés, avec dès lors possibilité de biais de sélection des résultats rapportés. L'hétérogénéité mérite d'être discutée. La plupart des estimations présentaient une faible hétérogénéité statistique. Le trop petit nombre d'études par comparaison a empêché les analyses de sous-groupes. L'hétérogénéité clinique est quant à elle flagrante : différentes tranches d'âge et types d'intervention, une étude réalisée entre 1997 et 2000 et une étude a été réalisée dans un pays à revenu moyen inférieur (Iran) par exemple.

Évaluation des résultats

Les auteurs définissent a priori 7 critères d'évaluation importants à leurs yeux. Il est marquant de constater que, pour 4 à 6 d'entre eux en fonction du type d'intervention, la littérature ne donne aucune réponse. La mise en œuvre d'une prise de DMP est une intervention complexe, c'est à dire avec de multiples composantes en interactions les unes avec les autres et s'adressant à différents niveaux. L'interprétation des résultats des études primaires nécessiterait donc à chaque fois beaucoup de compréhension du contexte et du processus concret de l'intervention (la question du "comment" et du "pourquoi" une intervention marche ou ne marche pas) (5). Autant de données qui sont souvent hors d'atteinte dans le contexte de l'analyse d'une revue systématique. Les interventions n'ont globalement pas montré d'effets significatifs ou parfois significatifs mais de pertinence clinique faible. Une manière positive de voir les choses serait de dire que les motivations à mettre en œuvre la prise de DMP devraient être éthiques autant que pragmatiques (6) et que ces résultats pourraient à tout le moins rassurer sur la sécurité de la démarche.

L'impact de la prise de DMP sur le taux de participation au dépistage et sur l'adhésion à l'option choisie n'est pas éclairé par cette revue. La revue systématique de la Cochrane déjà citée sur les outils d'aides à la décision pour les patientes (1,2) indique une diminution statistiquement significative mais qui semble cliniquement peu pertinente du taux de participation. Un essai clinique randomisé en soins primaires chez les patientes de plus de 75 ans montrait aussi une diminution du taux de participation (7).

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le dernier guide de pratique clinique belge sur le dépistage du cancer du sein en soins primaires, datant déjà de 2016 (8), évoque la prise de DMP sans la nommer telle quelle. Elle recommande de : "Parler à la patiente des avantages et des inconvénients de la mammographie de dépistage pour lui permettre de prendre une décision éclairée (GRADE 2C, c'est à dire niveau de preuve et force de recommandation faible)." Et elle précise : " Les informations concernant le dépistage ne seront pas fournies uniquement dans un dépliant imprimé. Le médecin donnera également verbalement des explications lors d'un entretien. Le médecin doit discuter avec ses patientes de leurs souhaits et de leurs préoccupations pour qu'elles puissent participer à la décision de se soumettre ou non au dépistage (" Good Practice Point ", c'est à dire un " avis d'experts ", sans preuves sous-jacentes à l'époque) ».

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique avec méta-analyses, de bonne qualité méthodologique mais à la question de recherche trop large et souffrant d'une grande hétérogénéité clinique, montre que l'application d'une prise de décision médicale partagée chez les femmes de 40 à 75 ans dans le cadre du dépistage du cancer du sein pourrait légèrement améliorer les connaissances et réduire les conflits décisionnels des patientes. Beaucoup d'aspects important du problème restent inexplorés à ce jour.

Références

1. Henrard G. Utiliser des outils d'aide à la décision pour les patients en pratique clinique? *MinervaF* 2024;23(7)167-71.
2. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6
3. Maes-Carballo M, Moreno-Asencio T, Martín-Díaz M, et al. Shared decision making in breast cancer screening guidelines: a systematic review of their quality and reporting. *Eur J Public Health* 2021;31:873-83. DOI: 10.1093/eurpub/ckab084
4. Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, et al. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2
5. Noyes J, Booth A, Moore G, et al. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Glob Health* 2019;4(Suppl 1): e000893. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000893
6. Henrard G, Joly L, Buret L, Giet D. Moins c'est parfois mieux. Prévenir le surdiagnostic en partageant les décisions. *Revue Médicale de Liège*, 13/06/2024. Disponible sur : <https://hdl.handle.net/2268/319689>
7. Schonberg MA, Kistler CE, Pinheiro A, et al. Effect of a mammography screening decision aid for women 75 years and older: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180:831-42. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0440
8. Garmyn B, Govaerts F, Peremans, et al. Dépistage du cancer du sein. SMG/Domus Medica, 2016 Disponible sur: <https://www.ssmg.be/ebm-les-recommandations-sur-le-cancer-du-sein/>