

MÉMOIRE AU

**COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ DE LA  
CHAMBRE DES COMMUNES (HESA)**

ET

**MINISTRE DE LA SANTÉ MARK HOLLAND**

CONCERNANT

**LES LIGNES DIRECTRICES PROVISOIRES  
SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN  
DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES  
SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS<sup>1</sup>**

DATE DE PRÉSENTATION : 17 JUIN 2024

par

SHARON BATT, PH.D.  
(À TITRE PERSONNEL)

---

<sup>1</sup>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Cancer du sein \(mise à jour\) – Recommandations provisoires \(2024\)](#)

## **Aux membres du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes et à l'honorable ministre de la Santé, Mark Holland :**

J'ai regardé les séances du Comité de la santé les 10 et 13 juin avec intérêt, mais mes préoccupations se sont intensifiées. Je salue l'attention du comité sur cette question qui me touche à la fois personnellement, en tant qu'ancienne patiente atteinte d'un cancer du sein (diagnostiqué en 1988), mais également en tant que spécialiste des politiques de santé qui a écrit sur le dépistage du cancer du sein et les lignes directrices à ce sujet ainsi que sur les controverses en médecine.

### **MES PRÉOCCUPATIONS**

J'apprécie la volonté du Comité d'agir avec empressement, mais je crois que la conclusion était à la fois trop hâtive et injuste. Plus précisément :

- Au cours de deux séances, le Comité a convoqué neuf témoins. Ils ont tous exprimé le même point de vue contre le Groupe d'étude, sauf le Dr. Nadler, qui est membre de ce Groupe d'étude.
- Bien qu'une seule personne du Groupe d'étude et qu'aucun expert en accord avec le Groupe d'étude n'ait été consulté, les membres du comité HESA ont apposé aux membres du Groupe d'étude une gamme d'étiquettes manifestement désobligeantes (p. ex. absence d'empathie, manque de respect pour la science, misogynie).
- À la lumière des témoignages tirés de cette sélection biaisée de témoins, les membres du HESA sont arrivés à un consensus selon lequel la composition du Groupe d'étude, ses recommandations et ses processus sont erronés et ont convenu d'en faire rapport en conséquence à la Chambre des communes.

L'audience du comité HESA a profondément déformé les arguments exprimés sur cette question pendant plus de 50 ans, période au cours de laquelle le dépistage par mammographie a été étudié et débattu. Le résultat de cette audience est exactement ce qui nuit à la santé des femmes, selon les membres du comité eux-mêmes : une perspective déformée qui minera la capacité des Canadiennes à prendre des décisions pleinement éclairées au sujet du dépistage du cancer du sein.

### **LE PROBLÈME**

Les experts en dépistage par mammographie et les membres du public profane sont divisés sur les avantages et les méfaits du dépistage; ce clivage reflète différents domaines d'expertise ainsi que l'expérience personnelle et les valeurs des personnes. De façon générale, les radiologistes, les praticiens de première ligne et certaines femmes atteintes du cancer du sein défendent ardemment le dépistage fréquent, à commencer tôt. De leur côté, les épidémiologistes, les médecins de santé publique et de nombreuses femmes sont moins convaincus.

Tous vos témoins sauf un, la Dr. Nadler, venaient du premier camp. Ils ont exposé des questions clés et, de façon prévisible, ont réfuté avec véhémence ce qu'ils considèrent comme des contre-arguments. Ils ont fait des déclarations fortes qui se renforçaient les unes les autres. Comme l'a dit un membre du comité HESA à l'audience du 13 juin : « nous voyons rarement tous les témoins donner un point de vue aussi clair ». Je ne considère pas

qu'une telle unanimité est une preuve scientifique claire, au contraire; je soutiens qu'en choisissant huit témoins sur neuf faisant partie du même lobby bien organisé, le comité a créé une chambre d'écho donnant à une réalité complexe et incertaine l'illusion d'un problème simple.

Ajoutant à cette illusion où il y a une seule façon « correcte » de voir le monde, les mêmes individus ont fait les mêmes affirmations dans les médias au cours des six à huit derniers mois, qui ont trop souvent été rapportées comme des faits incontestables. Parmi les exceptions bienvenues, mentionnons les articles d'André Picard dans [The Globe and Mail](#), de Marie-Eve Cousineau dans [Le Devoir](#) et de Renée Pellerin dans [The Lancet](#).

J'étudie et j'écris sur les campagnes de santé influencées par l'industrie et sur la façon dont les conflits d'intérêts (CI) faussent le discours public et influencent la prise de décisions. Lors des questions, le Dr. Powlowski a brièvement demandé si les témoins avaient des conflits d'intérêts financiers qui pourraient influencer leur opinion sur le dépistage par mammographie. Martin Yaffe répond qu'en tant que chercheur au doctorat, il ne fait pas de dépistage, et que la question s'est terminée là. Mais le Dr. Yaffe figure parmi les 20 plus importants actionnaires de la société Volpara, une entreprise de logiciels derrière la technologie de détermination de la densité mammaire et le dépistage (Volpara Annual Report, 2022). Dans un rapport de 2011 sur l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique fiables, l'Institute of Medicine des États-Unis inclut la propriété boursière, les redevances et les brevets dans sa définition de CI (voir [Clinical.Practice.Guidelines.We.Can.Trust](#), page 79). Tout témoin qui tire « une part importante de son revenu » des services cliniques liés aux lignes directrices serait également défini dans le présent rapport comme étant conflictuel. Le rapport de l'Institute of Medicine souligne également que « le concept selon lequel les communautés d'intérêts peuvent influencer les décideurs en santé est largement reconnu ». Ces renseignements peuvent causer des préjugés conscients ou inconscients et doivent être divulgués et gérés. C'est pourquoi les comités directeurs, y compris le Groupe d'étude canadien, sont idéalement choisis pour être exempts de tels conflits. Le fait de reconnaître que bon nombre des témoins qui ont témoigné au sujet du Groupe d'étude sur les lignes directrices semblent avoir des conflits d'intérêts qui n'ont pas été divulgués les met en contradiction avec les principes éthiques largement reconnus et mine leur témoignage.

## **PRINCIPAUX POINTS DE DÉBAT**

Les trois principaux sujets de débat que le Comité n'a pas explorés de façon impartiale sont les suivants :

- Les avantages et les préjudices pour les femmes faisant l'objet d'un dépistage, équilibre entre les coûts ou les économies du système et types de données probantes utilisées pour en arriver à ces estimations.
- Variabilité des risques des sous-populations, par exemple chez les femmes caucasiennes par rapport aux femmes racisées et aux femmes ayant des tissus mammaires denses.
- Composition du Groupe d'étude, y compris les conflits d'intérêts pour justifier la sélection des membres du Groupe d'étude sur les lignes directrices.

## MES SUGGESTIONS

J'exhorte le comité HESA à faire des recherches adéquates sur les points de vue d'autres experts afin que les membres du Comité puissent mieux comprendre le fossé de longue date entre les opinions des experts sur le dépistage par mammographie. La documentation fournie est volumineuse mais répétitive, de sorte que des échantillons sélectionnés suffiront. J'exhorte le comité HESA à consulter ensuite une sélection équilibrée d'experts avant de formuler des recommandations et de présenter son rapport à la Chambre.

Pour aider le Comité, je suggère des documents publiés et des personnes dont les points de vue sont révélateurs de ceux qui sont absents de votre discussion. J'ai inclus des articles et des experts du Canada, mais aussi aux États-Unis et de partout dans le monde parce que vos témoins ont fréquemment cité la position du Groupe d'étude américain sur les lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein comme preuve que le Groupe d'étude canadien n'est pas d'accord avec l'opinion d'experts éclairée à l'échelle internationale. En fait, de nombreux experts américains ont été consternés que le Groupe d'étude américain ait récemment renversé sa déclaration visant à recommander le dépistage systématique des femmes de 40 ans.

### ***Témoins proposés***

- **Steven A. Narod**, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur l'étude du cancer du sein, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- **Renée Pellerin**, auteure de *Conspiracy of Hope; The Truth About Breast Cancer Screening*. Ancienne productrice de la Société Radio-Canada, instructrice en journalisme.
- **MJ DeCoteau**, fondatrice et directrice générale de ReThink Breast Cancer, un organisme de bienfaisance canadien spécialisé dans le cancer du sein axé sur les personnes diagnostiquées à un plus jeune âge, les personnes atteintes d'un cancer du sein métastatique et les personnes marginalisées sur le plan systémique.
- **Nav Persaud**, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la justice en santé, médecin membre du personnel, Hôpital St. Michael's, ancien membre du Groupe d'étude.
- **Lynette Reid**, professeure d'éthique clinique. Ses intérêts comprennent les iniquités en matière de santé et le dépistage du cancer. Département de bioéthique, Université Dalhousie.
- **Jennifer Beeman**, coordonnatrice des programmes et de la défense des intérêts, Action cancer du sein du Québec.

### ***Quelques documents de référence suggérés.***

#### ***Avantages, méfaits et coûts du système***

- Renée Pellerin. *Conspiracy of Hope; The Truth About Breast Cancer Screening*. Goose Lane Editions, 2018.
- Steven Narod. « [MRI versus mammography for breast cancer screening in women with familial risk \(FaMRIsc\)](#) », *Lancet Oncology*. Septembre 2019; vol. 20, n° 9 : e465.

- MJ DeCoteau, [On Breast Screening](#) [Réponse de ReThink Breast Cancer’s à l’annonce du Groupe d’étude], 31 mai 2024.
- Lynette Reid. « [Is an indistinct picture “exactly what we need”? Objectivity, accuracy, and harm in imaging for cancer](#) », *Journal.of.Evaluation.in.Clinical.Practice*; 2018; vol. 24, p. 1055-1064.
- Philippe Autier et Mathieu Boniol. [Mammography screening: A major issue in medicine](#). *European.Journal.of.Cancer*. 2018; vol. 90, p. 34-62.
- Steven Woloshin, Karsten Juhl Jørgensen, Shelley Hwang et H. Gilbert Welch. [The new USPSTF \[U.S. Preventive Screening Task Force\] mammography recommendations – a dissenting view](#). *The.New.England.journal.of.medicine*. Septembre 2023; vol. 39, n° 12, p. 1061-1064.
- Russel P. Harris. [The New proposed U.S. Preventive Services Task Force recommendation on breast cancer screening for women in their 40s: Should the message change?](#) *Annals.of.Internal.Medicine*; 6 février 2024.
- Mei-Sing Ong et Kenneth D. Mandl. [National expenditure for false-positive mammograms and breast cancer overdiagnosis estimated at \\$4 billion a year.](#) *Health.Affairs*. Avril 2015.
- Vinay Prasad, Jeanne Lenzer et David H. Newman. [Why cancer screening has never been shown to “save lives” and what we can do about it.](#) *The.BMJ*. Janvier 2016, vol. 352, h6080.
- Peter C. Gøtzsche. [Mammography screening is harmful and should be abandoned](#). *Journal.of.the.Royal.Society.of.Medicine*. 2016; vol. 108, n° 9, p. 341-345.
- Biller-Andorno N, Juni P. [Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board](#). *New.England.Journal.of.Medicine*. 2014; vol. 370, n° 21, p. 1965-1967.

#### *Évaluation.et.communication.des.risques*

- Lydia E. Pace et Nancy L. Keating. [New \[U.S.\] recommendations for breast cancer screening: in pursuit of health equity](#). *JAMA.Network.Open*. 30 avril 2024; vol. 7, no 4 : e2411638.
- Joann G. Elmore et Christoph I. Lee. [Toward more equitable breast cancer outcomes](#). *JAMA*. 11 juin 2024; vol. 331, n° 22, p. 1896-1897.
- Nancy L. Keating et Lydia E. Pace. [New Federal requirements to inform patients about breast density: Will they help patients?](#) *JAMA*; 18 juin 2019; vol. 321, n° 23, p. 2275-2276.
- Nancy L. Keating et Lydia E. Pace. [Breast Cancer Screening in 2018: Time for Shared Decision-making](#). *JAMA*, 1<sup>er</sup> mai 2018; vol. 319, n° 17, p. 1814-1815.
- Meagan Brennan et Nehmat Houssami. [Discussing the benefits and harms of screening mammography](#). *Maturitas*; 2016; vol. 92, p. 150-153.

#### *Lignes.directrices?désaccords.et.conflits.d'intérêts.sur.les.soins.de.santé.*

- Barron Lerner. [Why isn’t there agreement on when women need to start getting mammograms?](#) *STAT*. 2 mai 2024.
- Hans-Olov Adami, Mette Kalager, Michael Bretthauer. [The future of cancer screening – Guided without conflicts of Interest](#). *JAMA.Internal.Medicine*. Octobre 2023; vol. 183, n° 10, p. 1047-1048.

- Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. [Clinical Practice Guidelines We Can Trust](#). Institute of Medicine of the National Academies. Washington, DC. 2004.
- James Dickinson, Harminder Singh et Roland Grad. [Why screening guideline committees should not include ‘experts’ as voting members](#). *HealthyDebate*. 21 février 2024.

Je serais heureuse de discuter plus en détail de ce qui précède.

Sincères salutations,  
Sharon Batt, Ph.D Halifax (Nouvelle-Écosse)

Sharon Batt a été nommée auxiliaire aux [départements de bioéthique](#) et de sciences politiques de l'Université Dalhousie à Halifax et de l'Université Georgetown à Washington. Elle a cofondé le groupe de défense des intérêts Action cancer du sein Montréal (maintenant Action cancer du sein du Québec) et mène actuellement des recherches sur les groupes de défense des patients et le financement de l'industrie pharmaceutique. Elle est membre de l'organisation Independent Voices for Safe and Effective Drugs et du conseil d'administration de la Nova Scotia Health Coalition.