

Des croyances au delà du rationnel !

Enthusiasm for cancer screening in the United States

Enthousiasme pour le dépistage des cancers aux États-Unis

Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ, Welch G.

JAMA 2004;291:71-8.

Contexte

La population des États-Unis est régulièrement exposée aux messages de prévention, en particulier pour le dépistage des cancers. En revanche, dans le monde médical, il y a régulièrement des controverses sur l'intérêt, en termes de morbidité et de coût/efficacité, du dépistage de certains cancers : prostate, poumon, côlon, un peu moins pour le sein et le col utérin (1). En France, la politique de dépistage de masse organisé (DMO) des cancers se heurte à des difficultés liées au taux de participation insuffisant des populations ciblées, alors que le dépistage individuel a tendance à « surdépister » les populations à bas risque et à « sous-dépister » les populations à haut risque.

Question

Quelle est l'opinion de la population des États-Unis sur le dépistage précoce des cancers ?

Objectif

Déterminer les croyances et les attitudes des adultes américains envers le dépistage précoce des cancers.

Méthode

À partir d'une liste aléatoire de 4 000 abonnés au téléphone, enquête transversale par questionnaire administré à 500 adultes âgés de plus de 40 ans pour les femmes et de plus de 50 ans pour les hommes, indemnes de pathologie cancéreuse évolutive ou d'antécédents de cancer.

Le questionnaire comportait 5 modules concernant le dépistage général par scanner corps entier en 3D, le frottis cervicovaginal, la mammographie, le dosage du *prostate-specific antigen* (PSA) et la rectosigmoïdoscopie ou la colonoscopie.

Résultats

435 sujets (87 %) interrogés croyaient que le dépistage de masse des cancers était **toujours** souhaitable et 74 % d'entre eux que la découverte d'un cancer à un stade précoce sauvait des vies tout le temps ou presque.

Moins de 33 % des sujets pensaient qu'il y avait un âge où ils arrêteraient de faire du dépistage. Une forte proportion de sujets (41 % pour la mammographie et 32 % pour la colonoscopie) pensaient qu'une personne de plus de 80 ans qui refusait le dépistage était irresponsable.

160 (32 %) sujets avaient une expérience personnelle d'un dépistage faussement positif suivi d'explorations invasives et 40 % d'entre eux avaient vécu cet événement comme « *la plus grande peur de leur vie* ».

Deux tiers des sujets souhaitaient être dépistés pour le cancer, même si le corps médical n'avait aucun traitement à leur proposer ou même si le cancer asymptomatique ne devait pas être responsable de leur décès.

Enfin, les trois quarts des sujets interrogés préféraient bénéficier d'un scanner corps entier en 3D que de recevoir 1 000 dollars en cash immédiatement.

Résultat principal

La majorité des adultes des États-Unis est enthousiasmée par le dépistage de masse. La fréquence des tests faussement positifs ou le fait d'être exposé à des traitements lourds et

inutiles ne tempère pas cette verve. Cet enthousiasme peut générer une attente et une demande excessives de tests de dépistage exposant au risque de « surdépistage » et de traitements inutiles et dangereux.

Commentaires

Dans la société américaine, le système public et les assurances privées ont diffusé massivement des campagnes de dépistage des cancers y compris la promotion d'outils qui n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité (scanner corps entier en 3D, IRM pulmonaire ou cérébrale). Cette désinformation semble avoir un impact sur la population, creusant le sillon d'un business « à l'américaine » (2). De l'autre côté de la frontière nord du pays, les comportements de la population et des médecins canadiens sont beaucoup plus raisonnables car encadrés par des « *guidelines* » fondés sur les données de la science et une forte politique publique d'éducation pour la santé.

D'un point de vue méthodologique, 500 personnes interrogées dans cette étude constituent un échantillon limité.

Cependant, il est toujours intéressant de demander aux profanes ce qu'ils pensent des procédures médicales. Dans le cas présent, il y a un abîme entre les opinions des sujets bien portants sur le dépistage des cancers et les résultats des essais contrôlés ayant évalué les programmes de dépistage en termes de morbidité. Au bout du compte, les profanes considèrent (par ignorance ou par désinformation) que les faibles écarts de mortalité enregistrés entre les populations dépistées et les populations témoins seraient à 100 % à leur bénéfice personnel, sans exposition au risque individuel d'examen invasif ou de traitements inutiles (le danger, c'est pour les autres).

Le plus bel exemple de cacophonie française concerne le dépistage systématique de masse du cancer de la prostate par le PSA après 50 ans. L'opposition entre les messages résolument interventionnistes de l'Association française d'urologie (à destination de la population masculine) et ceux prudents de l'HAS (à destination des médecins) crée des décalages entre la demande des patients et les réponses des médecins, difficiles à combler. Les médecins sont dans cette double approche paradoxale et ambiguë de bénéfice (ou risque) individuel *versus* bénéfice (ou risque) collectif. C'est probablement ce qui explique le hiatus entre le discours (parfois passionné, parfois mesuré), des médecins de santé publique, et les pratiques (parfois excessives, parfois insuffisantes, rarement bien adaptées), de dépistage individuel.

Le défi est de trouver le bon équilibre dans les messages destinés à la population et aux médecins afin de réduire le risque que la population soit dépistée et/ou traitée à outrance ou inversement. C'est au sein de la consultation individualisée de médecine générale qu'il est possible d'expliquer à chaque patient les avantages et les bénéfices du dépistage, d'un point de vue individuel et collectif, afin qu'il puisse décider en connaissance de cause (3), en tenant compte de l'histoire et de la personnalité de chaque patient.

Denis POUCHAIN – CNGE

Références

1. Olsen O, Gotzsche P. Cochrane review on screening mammography for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-42.
2. Lee T, Brennan T. Direct-to-consumer marketing of high-technology screening tests. *N Engl J Med* 2002;346:529-31.
3. Welch HG. Informed choice in cancer screening. *JAMA* 2001;285:2776-8.