

Dépistage du cancer du sein : témoignage d'une généraliste londonienne

Vie et mort - Il n'est pas faux de dire non

Iona Heath

iona.heath@dsl.pipex.com

Pourquoi ne dit-on aux femmes que les avantages du dépistage du cancer du sein et jamais ses préjudices potentiels?

J'ai vu assez de femmes mourir d'un cancer du sein pour savoir précisément combien cette maladie peut être terrible et pour comprendre la motivation menant à tenter un diagnostic précoce et un traitement curatif. La question de l'information à donner aux femmes n'est donc pas à prendre à la légère. Pourtant, j'ai volontairement décliné les invitations successives des autorités sanitaires (NHS) à me faire dépister. Ce qui me préoccupe, c'est d'avoir pris cette décision sur la base de données qui ne sont pas facilement accessibles à mes patientes.

Au Royaume-Uni, chaque invitation à passer une mammographie est envoyée avec une brochure intitulée " *Dépistage du Cancer du sein: les faits* ", dont le titre en soi empêche, semble-t-il, la moindre remise en question du bien fondé de ce programme de dépistage. Ce qui est impardonnable, c'est que, malgré les protestations et les promesses d'amélioration, cette brochure souligne uniquement les avantages du dépistage sans faire mention de la moindre possibilité de préjudice. Pourtant, chaque médecin constate dans sa pratique qu'un dépistage produit toujours à la fois des bénéfices et des inconvénients. Le ton rassurant de la brochure exprime l'idée toute simple que chaque femme, parce qu'elle est raisonnable et socialement responsable, acceptera l'invitation. Mais qui a intérêt à procéder de la sorte?

La revue systématique des données scientifiques disponibles sur la mammographie de dépistage du cancer du sein réalisée par le Réseau Cochrane et sa brochure alternative disponible sur www.cochrane.dk, décrit une situation très différente de celle présentée par " *Dépistage du Cancer du sein: les faits* ": cette révision étayée par des faits suggère qu'il faut inviter 2000 femmes à se faire dépister pendant dix ans pour éviter à 1 seule d'entre elle de mourir d'un cancer du sein. Mais parmi ces femmes, 10 seront considérées à tort comme cancéreuses: c'est le surdiagnostic. Il causera 6 tumorectomies et de 4 mammectomies inutile. De plus 200 de ces femmes subiront des dommages psychologiques liés à l'anxiété provoquée par la recherche d'anomalies à la mammographie. Le pourcentage de survie à 10 ans des femmes qui ne se font pas dépister est de 90,2%; il est de 90,25% si elles suivent le programme organisé. Est-ce une différence suffisante pour prendre le risque de produire de pareils dommages? Pas pour moi en tout cas.

Pourquoi, dans un système qui vante régulièrement la nécessité d'un choix éclairé, les femmes, adultes et indépendantes, ne sont-elles pas pleinement informées de ce débat scientifique à propos du surdiagnostic et des incertitudes sur l'histoire naturelle des carcinomes intra-canalaires qui représentent 25% des cancers diagnostiqués lors de ce dépistage? Selon mon expérience clinique, depuis l'introduction du programme national de dépistage du cancer du sein, un certain nombre de patientes de ma liste ont été identifiées comme des patientes cancéreuses après mammographie et ont subi pour cela divers traitements. Ensuite, elles se sont très bien portées de très nombreuses années. A première vue, ce sont de bonnes nouvelles et certaines de mes patientes se considèrent comme des cancéreuses dont la vie a été sauvée grâce au programme de dépistage. Mais moi, je me demande combien d'entre elles ont été surdiagnostiquées alors que leur cancer ne se serait

jamais développé sous une forme invasive et combien d'entre elles ont subi le traumatisme du diagnostic du cancer et par voie de conséquence des traitements mutilants et épuisants, pour finalement aucune utilité. Les conséquences ne s'arrêtent même pas là puisque que je vois la vie des filles de ces patientes gâchée par la peur de l'histoire familiale de ce cancer du sein présageant d'un risque accru de cancer du sein.

Combien de médecins sont capables de comprendre, et à plus forte raison combien de patients, l'effet Will Roger décrit en 1985 par Alvin Feinstein (*New Journal of Medicine* 1985;312;1604-8)? Voici son explication. Quand des individus sont classés comme malades du fait qu'ils répondent à de nouveaux critères de gravité de la maladie - changement de technique diagnostique, élargissement de la définition de la maladie ou baisse du seuil d'intervention préventive - le résultat d'un suivi sera une amélioration illusoire de leur état de santé. Cette illusion reconfortante s'est révélée très utile pour ceux qui ont en charge la gestion du système de santé, ce qui explique peut-être dans une certaine mesure le contenu des invitations à se faire dépister.

La peur permanente et bien humaine en l'avenir fait qu'il n'est jamais facile de refuser les avantages promis par les interventions de dépistage. Refuser, c'est tenter le sort d'une façon primitive dérangeante. Un médecin généraliste du sud de Londres, David Misselbrook, a écrit en 2001 dans son merveilleux livres *Thinking about Patients*: " Ne tenez compte que du nombre de sujets à traiter (NST en français, NNT en anglais - numbers needed to treat) pour éviter une mauvaise interprétation des interventions de dépistage. Pourquoi tous les gens acceptent-ils d'être dépistés? En partie parce que nous avons tendance à observer des courbes de bénéfices sur des modèles de réduction du risque relatif. Mais aussi parce qu'il s'agit d'un équivalent moderne d'offrande religieuse apporté par les pénitents au temple d'Hygie. C'est juste un truc psychologique pour gérer notre peur." Notre peur des morts inévitables rend nécessaire et fréquent l'utilisation d'artifice psychologique et il est essentiel que les programmes de dépistage n'exacerbent pas ces craintes dans l'idée de promouvoir leurs mises en place d'une manière inacceptable d'un point de vue éthique.

Dans ce contexte, en tant que médecins, nous devons nous rappeler ce que David Sackett dit de l'arrogance de la médecine préventive (*CMAJ* 2002;167;363-4): "la médecine préventive se joue pleinement des 3 facettes de l'arrogance. premièrement, elle est agressive dans sa quête péremptoire d'individus indemnes de tout symptôme en leur disant ce qu'il faut faire pour rester en bonne santé. Deuxièmement, elle est présomptueuse, tant elle est sûre que les interventions qu'elle défend feront en moyenne plus de bien que de mal à ceux qui l'accepteront et y adhéreront. Enfin, la médecine préventive est tyrannique (dominante) dans ses attaques contre ceux qui remettent en question la valeur de ses recommandations."

J'ai pris ma propre décision. D'autres femmes, avec une perception différente de leur risque individuel, de leur contexte familial ou du degré d'aversion du risque, pourront prendre de manière appropriée une toute autre décision. Il n'est pas faux de dire oui, mais il n'est pas faux non plus de dire non.