

Réflexions du Collège de la Médecine Générale

« Replacer la médecine générale au cœur du dépistage doit permettre aux femmes de mieux décider pour elles-mêmes en connaissance de cause »

Contexte

Le cancer du sein est fréquent et grave ; pour autant les preuves de l'efficacité du dépistage par mammographie ne sont toujours pas aussi claires qu'on l'espérait.

En France, le cancer du sein est le cancer à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier. Une femme sur huit y sera confrontée au cours de sa vie.

« Il est la première cause de mortalité par cancer chez la femme, avec 11 900 décès annuels » (1).

Pourtant, s'il est diagnostiqué tôt, ce cancer peut être guéri dans 9 cas sur 10 (Source INCa).

Depuis 20 ans, la mortalité spécifique a baissé de 25%, passée de 20/100 000/an en 1995 à 15/100 000/an en 2015 (en Taux Standardisé Mondial).

L'évolution de ces chiffres est un marqueur fiable de l'amélioration de la prise en charge de ce cancer, plus pertinent que l'augmentation de l'espérance de vie des femmes atteintes, en raison du biais de surdiagnostics évalués entre 10% à 30% des cancers retrouvés chez les femmes dépistées dans de nombreuses publications (2) (3) (4) (5) (6).

La diminution de la mortalité est probablement plus liée à l'amélioration des thérapeutiques qu'à l'effet induit par le dépistage (7).

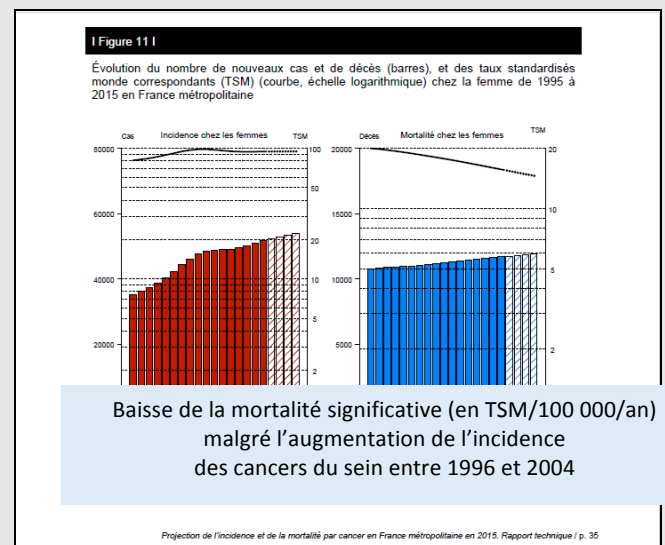
La méthode de dépistage de masse par mammographie tous les 2 ans, associée à la palpation des seins, dans une classe d'âge (50 à 74 ans) est fortement institutionnalisée et généralisée depuis 2004 en France, sous forme d'une invitation envoyée directement aux femmes.

La mise en place du dépistage organisé a permis des avancées importantes sur le plan technique et logistique : changement du parc des mammographes, surveillance qualité, double lecture sécurisée et amélioration de la formation des professionnels de la filière radiologique concernés (8). Il est cependant regrettable que les spécialistes de médecine générale ne puissent pas intervenir dans l'information des femmes sur la balance bénéfiques/risques du dépistage par mammographie, et dans leur choix d'y participer ou non. C'est peut-être une des raisons de la stagnation du taux de couverture de la population par le dépistage, associée à l'absence de temps institutionnellement programmé pour décider du dépistage avec la patiente.

A l'instar de données scientifiques internationales, des doutes surviennent quant à la pertinence d'un dépistage de masse organisé systématique par classe d'âge, ainsi qu'aux risques inhérents de surdiagnostics et donc de surtraitement (9).

Par contre, des femmes à risque élevé ou très élevé échappent encore au dépistage, et donc à un diagnostic et à un traitement précoces (10).

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 : cancers du sein
Rapport INCa, InVS, Novembre 2015



Les femmes et le dépistage

Les femmes participent ou non au dépistage du cancer du sein, mais peu d'entre elles le font en connaissance de cause, c'est-à-dire en sachant l'amplitude de ce qu'elles auraient à y gagner ou y perdre. De même la focale mise sur le dépistage organisé a probablement occulté le problème des femmes les plus à risque pour lesquelles rien n'est très clair à ce jour (alors que ce sont probablement elles qui ont le plus à y gagner)(11) (12).

La participation des femmes au dépistage organisé (DO) stagne autour de 50% pour de multiples raisons (raisons psycho-affectives, statut social, dépistage individuel...) et ne semble pas évoluer.

Le message national de santé publique concernant le dépistage est perçu comme réducteur par certaines femmes et professionnels de santé en n'insistant que sur les bénéfiques, peu explicites, voire peu compréhensibles. Des études sociologiques montrent une moindre participation au DO des femmes en situation de précarité face au reste de la population.

Les incertitudes concernant l'intérêt du dépistage de masse « à la française » contribuent à alimenter la controverse dans les médias, auprès des femmes et des professionnels de santé.

La notion de médecine centrée sur le patient, de décision partagée, modifie les modes relationnels entre patientes et soignants. La place de la personne est maintenant centrale dans les processus décisionnels du soin et de la santé (13) (14).

La médecine générale et le dépistage

La médecine générale est une médecine de proximité

Présent sur l'ensemble du territoire, le médecin généraliste est l'un des garants de l'accessibilité aux soins et à la santé, tant financière que géographique. Même si des difficultés deviennent par endroits réelles, les délais d'accueil en médecine générale restent faibles. Le faible coût de la consultation, la rareté de dépassement d'honoraire par la généralisation du secteur 1, la possibilité de tiers payant sont des facteurs qui concourent à des soins accessibles pour tous. Chaque assuré social de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant. Chaque médecin traitant dispose donc d'une patientèle médecin traitant. Les nouveaux modes d'organisation (Regroupement, MSP et pôles de santé) permettront à terme d'avoir une visibilité sur un ensemble de patientèles, et donc d'une population sur un territoire. Des protocoles de santé publique concernant le dépistage pourront ainsi être réalisés.

Les fonctions traitantes du médecin généraliste, prise en charge globale et de premier recours, permettent le suivi des femmes en amont et à tous les stades de la maladie : prévention, dépistage puis diagnostic, phase aiguë et gestion des effets indésirables, soutien psychologique, réinsertion dans la vie professionnelle, surveillance des récurrences, prescription de l'hormonothérapie, prévention secondaire et vie après la maladie. Il connaît cette

patientèle. Il peut évaluer le risque, repérer les femmes à risque élevé, renforcer les messages et orienter les femmes vers le dépistage organisé (DO) ou un dépistage individuel (DI). Le dépistage nécessite le suivi et l'inscription dans la durée.

Le dépistage du cancer du sein est aussi l'occasion d'aborder l'ensemble des facteurs de risque de maladies évitables : tabac, sédentarité, surpoids et obésité, conduites à risque.... Replacer ce dépistage en perspective permet de donner du sens aux conduites de prévention et de relativiser les risques.

Il s'agit aussi d'informer régulièrement, en termes accessibles, sur les tenants et aboutissants des campagnes de santé publique, et « d'éclairer » les patientes, d'autant qu'elles n'ont pas d'interlocuteurs privilégiés dans le modèle actuel du dépistage organisé. Expliciter les messages et faire le lien entre dépistage individuel et dépistage organisé sont un enjeu réel.

La peur anticipatoire est souvent l'un des principaux freins connus au dépistage en général (15) (16) (17). L'examen clinique des seins des femmes avant la mammographie de dépistage ou de diagnostic a un effet anxiolytique. Un discours rassurant allié à un examen clinique sont des facteurs reconnus de l'acceptabilité des tests de dépistage (18). Quelle que soit la décision que la patiente, dûment informée, prendra vis-à-vis de la pratique de la mammographie de dépistage, l'examen des seins par le médecin est un moment important et aura sur la patiente un effet rassurant et pédagogique. Parfois au contraire, en cas d'anomalie, décelée, l'entretien permet de construire une préparation à l'annonce d'une potentielle mauvaise nouvelle.

La lutte contre les inégalités sociales en santé.

Le dernier Plan cancer insiste sur cette lutte. Le Collège de la Médecine Générale (CMG) et l'Inpes ont édité un document destiné à aider les professionnels à identifier ces inégalités (18). Elles reposent à la fois sur des données socio-démographiques et culturelles.

Le travail du CMG et de l'Inpes débouche sur des indicateurs déterminés à partir de la littérature. Si, intuitivement, la plupart des professionnels de santé recueillent ces indicateurs auprès de leurs patients, leur analyse systématique permet d'identifier individuellement les patients qui sont le plus à risque de précarité en santé (18).

16 informations ont été retenues par le groupe de travail, dont 7 indispensables : âge, sexe, adresse, couverture sociale (RO/RC), statut par rapport à l'emploi, profession ou CSP, capacités de compréhension du langage écrit.

Leur identification fine ne peut se faire que par des professionnels de premier recours, immergés dans les territoires, qui connaissent bien les lieux et les modes de vies des personnes.

Le dépistage nécessite le suivi et l'inscription dans la durée, ce qui le plus souvent est ignoré des plus fragiles. La fragilité sociale va à l'encontre d'une programmation des soins, ainsi l'occasion de soin ne doit pas être manquée. Le spécialiste de médecine générale consulté par les personnes en situation de précarité, est une chance de réinscription du patient dans un circuit de suivi en soins et en santé, au-delà d'une visite ponctuelle et quasi accidentelle que représente la fréquentation d'un service d'urgence. De cette façon il connaît une grande partie de la population et se met à la portée de tous, quand parfois il pratique les façons de s'exprimer voire les patois locaux.

Pourquoi la médecine générale peut-elle contribuer à optimiser et renforcer l'efficacité du dépistage ?

Le médecin généraliste n'intervient quasiment pas dans ce processus de décision en raison de l'organisation même du dépistage en France. Il serait important de reconsidérer la place de la médecine générale dans la délivrance d'une information claire sur la balance bénéfices-risques et dans le repérage des femmes les plus à risque, tout en tenant compte du contexte de chaque femme (familial, social, etc.).

Les données scientifiques actuelles sur le dépistage du cancer du sein sont insuffisantes. Il manque de données factuelles sur les résultats dans la vraie vie du dépistage organisé du cancer du sein (11) (19).

Replacer la médecine générale au cœur du dépistage permettrait aux femmes de mieux décider pour elles-mêmes en connaissance de cause. Le modèle de relation médecin-patient délibératif ou de décision partagée est particulièrement important dans les situations où les données scientifiques ne permettent pas de conclure à un bénéfice certain du dépistage organisé par rapport aux risques.

Information, communication, justifications scientifiques des dépistages, décision partagée : il s'agit bien de travailler sur les notions de bénéfice/risque, de surdiagnostic comme « effet secondaire » du dépistage, d'évaluation partagée du risque individuel d'une femme, d'accès à une culture du choix assumé par la patiente, accompagné par le médecin traitant, traçabilité de la décision de la femme à un

moment donné, réinterprétation du choix avec le temps... (12).

L'implication des spécialistes de médecine générale en tant que soignants dans le dépistage du cancer du sein est cependant d'une grande complexité.

Il est indiscutable qu'un dépistage proposé sur la connaissance des facteurs de risque recentrerait le rôle du médecin généraliste. Si son implication dans l'augmentation de la participation au DO du CCR est démontrée, il est encore difficile de faire un parallèle avec le dépistage du cancer du sein étant donné l'état des connaissances actuelles.

Si certaines femmes ont peut-être tiré un bénéfice de ce dépistage, d'autres ont vu leur vie bouleversée de façon inutile, victimes du surdiagnostic et de toutes ses conséquences.

Il faut pouvoir disposer de données claires sur l'intérêt et les limites du dépistage du cancer du sein. La réalisation d'études en soins primaires sur le dépistage du cancer du sein, sur la décision partagée, surtout chez les femmes présentant des facteurs de risque est indispensable, avec l'appui des institutions envers les chercheurs universitaires de médecine générale (20).

Des études sur la file active des patientes du médecin traitant, voire d'un ensemble de médecins traitants dans un territoire doit permettre d'avoir à terme un état des lieux du dépistage dans une population donnée, en fonction du niveau de risque.

Conclusion

Redonner le pouvoir aux femmes pour leur permettre d'affiner leur choix, de le confronter à celui d'autres femmes et ainsi de prendre une décision partagée et éclairée à tout moment est fondamental.

La médecine générale, en tant que discipline scientifique et d'exercice, peut guider les patientes à décider par elles-mêmes de participer ou non à un dépistage organisé.

Donner une mission déléguée de santé publique en matière de dépistage de certains cancers, c'est aussi introduire une nouvelle culture médicale que beaucoup de médecins généralistes sont prêts à assumer. Une telle délégation devrait être accompagnée de moyens tant statutaires que techniques, pour contribuer à mieux organiser le dépistage.

Ont participé à l'écriture de ce texte par ordre alphabétique : Certain M.H., Druais P.L., Ferrat E., Frèche B., Gelly J., Godard J., Siary A., experts du groupe « Cancer et Médecine générale » du Collège de la Médecine Générale. Février 2016

Références

1. Les cancers en France - Edition 2014 - V6.pdf [Internet]. [consulté le 9 février 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/content/download/118032/1407654/file/Les%20cancers%20en%20France%20-%20Edition%202014%20-%20V6.pdf>
2. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ*. 2009;339:b2587.
3. Gøtzsche PC. Mammography screening is harmful and should be abandoned. *J R Soc Med*. sept 2015;108(9):341-5.
4. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Breast cancer: Updated screening guidelines - much ado about small improvements. *Nat Rev Clin Oncol*. 31 déc 2015;
5. Zahl P-H. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening. *Ann Intern Med*. 7 août 2012;157(3):220-1; author reply 221-2.
6. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366.
7. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - 2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf [Internet]. [consulté de 9 févr 2016]. Disponible sur: http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf
8. Performance-de-la-mammographie-dans-le-depistage-organise-des-cancers-du-sein-2014-V3.pdf [Internet]. [consulté le 17 février 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/content/download/63437/570805/file/Performance-de-la-mammographie-dans-le-depistage-organise-des-cancers-du-sein-2014-V3.pdf>
9. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med*. 22 nov 2012;367(21):1998-2005.
10. Eisinger F. Le dépistage des cancers du sein chez les femmes à haut risque familial. *Bull Cancer (Paris)*. 26 oct 2005;92(10):874-84.
11. J. Gelly, D.Darmon, H. Vaillant-Roussel, J.S. Cadwallader. Systematic breast cancer screening using mammography: a dilemma. *exercer* 2012;102:130-6.
12. J. Gelly, D.Darmon, H. Vaillant-Roussel, J.S. Cadwallader. Should the guidelines on mass screening of breast cancer be revised? *exercer* 2014;112:92-3.
13. European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [consulté le 17 février 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
14. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Éducation thérapeutique du patient - Le médecin est-il - aussi - un « éducateur » ? *Médecine*. 1 mai 2009;5(5):218-24.
15. Moro S. Revue bibliographique sur le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
16. Brodbeck M. Motifs de non participation au dépistage organisé du cancer du sein: enquête par voie postale dans le Val-de-Marne [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2010.
17. Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Fam Pract*. août 2013;30(4):445-51.
18. Pourquoi Comment enregistrer la situation sociale des patients en Médecine Générale. Doc ISS LL - doc_iss_02_04.pdf [Internet]. [consulté le 17 février 2016]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf
19. Zahl P-H, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. *Arch Intern Med*. 24 nov 2008;168(21):2311-6.
20. Haute Autorité de santé - 12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf [Internet]. [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
21. Revue Prescrire Diagnostics par excès. février 2015 N° 376 P 111-8