

D'après une communication de
**Marie Barais, Coline Dorval,
 Bernard Le Floch, Patrice Nabbé,
 Jérémy Derriennic** (Brest)

laetitia.gimenez@dumg-toulouse.fr
exercer 2018;139:18-9.

→ **Mots-clés** : cancer du sein ;
 dépistage organisé ; médecin généraliste.

→ **Keywords**: breast cancer; mass screening;
 general practitioner.

La représentation du surdiagnostic dans le dépistage du cancer du sein chez les médecins généralistes

Étude qualitative par *focus groups*

*Representation of overdiagnosis in breast cancer
 screening among general practitioners:
 a qualitative study by focus groups*

CONTEXTE

Le dépistage organisé du cancer du sein est recommandé en France pour les femmes de 50 à 74 ans depuis 2004. La réduction de mortalité par cancer du sein liée au dépistage organisé était estimée entre 15 et 21 % en 2013¹. Le dépistage par mammographie conduit néanmoins à des surdiagnostics. Il s'agit de tumeurs peu ou pas évolutives, n'entraînant ni symptôme ni décès. Les diagnostics par excès sont estimés en comparant le nombre de cancers entre un groupe dépisté et un groupe non dépisté². Ils représentent environ 10 à 30 % de l'ensemble des diagnostics de cancer du sein selon les études les plus fiables³⁻⁵.

Les patientes ne sont pas toujours informées du risque de surdiagnostic⁶. Une étude a suggéré qu'elles accepteraient un tel risque afin de bénéficier d'un diagnostic précoce⁷. La décision de dépistage pourrait ainsi relever d'une décision partagée, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient. Les représentations des médecins généralistes (MG) des bénéfices et des risques d'un tel dépistage influencent les informations délivrées aux patientes.

© stock.adobe.com



OBJECTIF

Explorer la représentation du surdiagnostic lié au dépistage du cancer du sein chez les MG.

MÉTHODE

Une étude qualitative par entretiens en *focus groups* (FG) a été réalisée auprès de MG installés ou remplaçants, exerçant dans le Finistère. Le recrutement a été effectué par courriel ou téléphone selon un échantillonnage par choix raisonné, selon le principe de variation maximale. La participation des médecins à l'étude a été sollicitée par courriel ou par téléphone.

Le guide d'entretien comprenait deux parties : 1) un cas clinique fictif évoquant la problématique du dépistage du cancer du sein, et plus précisément du surdiagnostic ; 2) une information sur la balance bénéfices-risques du dépistage par mammographie, afin de faire réagir les MG sur le surdiagnostic⁴. Des questions ouvertes recueillaient enfin leurs réactions.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis entièrement retranscrits et anonymisés. La retranscription des entretiens a été validée par les participants de chaque groupe. Une analyse par approche

phénoménologique avec un codage par unités de sens a été menée jusqu'à saturation théorique des données.

RÉSULTATS

Entre septembre 2015 et janvier 2016, 4 FG ont été réalisés (durée moyenne : 40 minutes) : 8 femmes et 7 hommes ont été interrogés. Neuf MG avaient entre 30 et 40 ans. Dix MG étaient installés en maison de santé en zone rurale.

Le surdiagnostic du cancer du sein était un concept mal compris et peu connu. Il était confondu avec celui de faux positif. Il semblait mieux connu pour le cancer de la prostate. La divergence entre les recommandations en faveur du dépistage et les données probantes le remettant en cause était identifiée comme une difficulté, provoquant ambivalence et malaise chez les MG. Le surdiagnostic semblait être un frein au dépistage pour certains MG, notamment lorsque leurs patientes en avaient connaissance. La plupart des MG pensaient qu'il existait des freins plus importants à la réalisation du dépistage (peur du cancer, irradiation, douleur).

Certains MG souhaitaient éviter une attitude paternaliste. Ils préféraient délivrer une information complète, y compris sur les risques, sans craindre de diminuer la participation au dépistage. À l'inverse, d'autres MG estimaient qu'évoquer le surdiagnostic diminuerait la participation au dépistage ou serait source de confusion pour les patientes. Les données chiffrées concernant le surdiagnostic paraissaient être un support de communication pertinent pour certains MG ou, à l'inverse, source de complexité et de confusion pour d'autres. Selon les MG, leur rôle était majeur comme relais d'informations claires, loyales et appropriées, délivrées aux patientes, ainsi que dans l'accompagnement empathique et déculpabilisant. Certains MG imaginaient que le dépistage organisé pourrait laisser place à un dépistage individuel, ciblé, dans lequel le MG aurait un rôle prépondérant.

RÉSULTAT PRINCIPAL

Les MG se préoccupaient de la qualité de l'information délivrée aux patientes sur le surdiagnostic, afin de leur donner les moyens de décider de participer ou non au dépistage du cancer du sein par mammographie.

COMMENTAIRES

Les participants de l'étude se connaissaient au sein de chaque FG. Ils semblaient sensibilisés au sujet, en raison d'un recrutement fondé sur le volontariat. Les participants se sont sentis à l'aise pour s'exprimer. Le sujet de l'étude semble avoir été exploré en profondeur. Cependant, la majorité des participants étaient investis dans la formation universitaire, ce qui a pu favoriser un biais de désirabilité sociale en présentant une version idéalisée de leur consultation pour conforter leur position d'enseignant. Les autres limites de cette étude sont : l'animation des FG par une seule personne sans observateur, l'absence de triangulation du codage des données, et le faible nombre de participants par FG en raison des difficultés de recrutement.

L'évaluation de la balance bénéfices-risques doit tenir compte du risque de surdiagnostic. Il est pourtant difficile de mettre en balance des arguments de nature aussi différente qu'un décès par cancer du sein évité d'un côté et des diagnostics par excès, avec les traitements lourds et inutiles qu'ils induisent de l'autre⁸. Mettre en œuvre une décision réellement partagée évite que les soignants imposent leur subjectivité et leurs représentations⁹. Lors de la 1^{re} Conférence internationale sur le surdiagnostic, qui s'est tenue en 2013 aux États Unis, quatre grands vecteurs d'influence ont été identifiés : le vecteur culturel, le vecteur système, le vecteur patients et le vecteur soignants¹⁰. Trois pistes d'actions sont à envisager concernant le surdiagnostic dans le dépistage

du cancer du sein : 1) aborder cette problématique lors de la formation initiale et continue des MG permettrait de résoudre les difficultés rencontrées, notamment en termes de communication ; 2) la promotion d'un débat public sur le surdiagnostic pourrait favoriser une meilleure compréhension par les patientes et un choix éclairé ; 3) la recherche scientifique devrait avoir pour objectif de limiter le nombre de surdiagnostics dans les années à venir. ◆

Analyse et commentaires de

Laëticia Gimenez,
Université de Toulouse
et **Aurélié Janczewski**,
Université de Marseille

Références

1. **Institut national du cancer**. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013 ? Paris : INCA, 2013.
2. **Prescrire Rédaction**. Estimer la proportion de diagnostic par excès dans le dépistage des cancers. *Rev Prescrire* 2015;35:116-7.
3. **Marmot M, Altman D, Cameron D, Dewar J, Thompson S, Wilcox M**. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012;380:1778-86.
4. **Gøtzsche P, Nielsen M**. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD001877.
5. **Pacy E, Broeders M, Hofvind S, Puliti D, Duffy SW**. European Breast Cancer Service Screening Outcomes: a first balance sheet of the benefits and harms. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2014;23:1159-63.
6. **Henriksen MJV, Guassora AD, Brodersen J**. Preconceptions influence women's perceptions of information on breast cancer screening: a qualitative study. *BMC Res Notes* 2015;8:404.
7. **Waller J, Whitaker KL, Winstanley K, et al**. A survey study of women's responses to information about overdiagnosis in breast cancer screening in Britain. *Br J Cancer* 2014;111:1831-5.
8. **Parker LM, Rychetnik L, Carter S**. Framing overdiagnosis in breast screening : a qualitative study with Australian experts. *BMC Cancer* 2015; 15:606.
9. **Prescrire Rédaction**. Déterminer la balance bénéfices-risques d'une intervention : pour chaque patient. *Rev Prescrire* 2014;34:381-5.
10. **Parmar M, Parmar K**. A systematic evaluation of factors contributing to over-investigations and over-diagnosis. *Preventing Overdiagnosis*, Hanover : The Dartmouth Institute, 2013.