

Cancer du sein : les femmes surestiment les bénéfices du dépistage

En France, le dépistage systématique recommandé du cancer du sein repose sur la mammographie pratiquée tous les 2 ans entre 50 ans et 74 ans (1). Les femmes doivent recevoir une information claire et loyale sur les bénéfices attendus du dépistage, ses risques et ses incertitudes (a)(2,3). Cependant, afin d'obtenir une meilleure participation au dépistage, les campagnes de promotion de la mammographie favorisent des messages positifs, gravité de la maladie, facilité du test, en occultant ses limites et ses risques.

BÉNÉFICES DU DÉPISTAGE SURESTIMÉS. Une enquête par questionnaire, réalisée en Suisse en 1998, a cherché à mesurer les connaissances sur le dépistage du cancer du sein par mammographie des femmes âgées de 40 ans à 80 ans, désignées par tirage au sort à partir d'un registre de population, et indemnes de cancer du sein (4). 895 femmes ont répondu à la question « à votre avis, dans quelle proportion le dépistage par mammographie tous les deux ans réduit-il les décès par cancer du sein chez les femmes âgées de plus de 50 ans ? ». Cinq réponses étaient proposées : réduction de 75 %, de 50 %, de 25 %, de 0 %, sans opinion (4).

26 % des femmes ont répondu qu'elles ne savaient pas ; 30 % ont répondu que la mortalité diminuait de moitié, 22 % de trois quarts, et 19 % d'un quart. C'est cette dernière proposition que les auteurs considéraient comme adéquate (4).

Dans cette étude, plus de la moitié des femmes ont surestimé la réduction de la mortalité par cancer du sein associée au dépistage par mammographie. Les femmes de ce groupe estimaient également qu'elles avaient un risque personnel important d'avoir un cancer du sein. Les femmes du groupe "sans opinion" étaient plus âgées, de niveau socioéducatif moins élevé, étaient moins favorables au dépistage par mammographie, et avaient une moins bonne estimation de leur propre risque de développer un cancer du sein. L'ignorance du pourcentage réel de décès évi-

tés grâce au dépistage s'est révélée plus fréquente chez les femmes qui se pliaient moins régulièrement au dépistage par mammographie (4).

D'AUTRES ÉTUDES CONVERGENTES. L'enquête suisse ci-dessus est à rapprocher d'une enquête américaine réalisée en 1997 chez 479 femmes sans antécédent de cancer du sein (5). Dans cette enquête, 55 % des femmes estimaient que la mammographie permettait de réduire de moitié la mortalité par cancer du sein ; seulement 8 % considéraient que le dépistage par mammographie pouvait provoquer des effets indésirables en cas de résultats faux positifs, chez des femmes indemnes de cancer du sein ; 94 % ignoraient l'existence de cancers peu ou pas évolutifs (5). Mais une fois informées, 60 % des femmes ont déclaré vouloir en tenir compte dans la décision de participer au dépistage (5).

Une enquête non publiée menée en 1999 dans 4 pays a montré des résultats similaires chez des femmes à qui les mêmes questions étaient posées (6). Une question portait sur le nombre absolu de décès évités grâce au dépistage. La réponse appropriée était de 5 décès évités sur 1 000 femmes âgées de 50 ans ou plus dépistées régulièrement ; cette réponse exacte n'a été donnée que par 5 % de l'ensemble des femmes interrogées (6).

DIFFUSER UNE INFORMATION ÉQUILIBRÉE. Ces enquêtes montrent que les femmes surestiment fréquemment les bénéfices des programmes de dépistage du cancer du sein, et en méconnaissent les limites et les risques. Cela souligne les difficultés d'une information équilibrée : inciter au dépistage sans en exagérer l'intérêt nécessite que les professionnels de santé en connaissent bien eux-mêmes les avantages, les inconvénients et les incertitudes.

La revue Prescrire

a- En France, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades précise qu'une information sur les options, leurs avantages et leurs inconvénients, et les incertitudes, doit ►►



► être donnée aux intéressés également dans le domaine de la prévention et notamment en matière de dépistage (réf. 3).

1- Prescrire Rédaction "Dépistage du cancer du sein - Ne pas oublier d'inspecter et de palper les seins" *Rev Prescr* 2002; **22** (225) : 123-126.

2- Wilson RM "Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation" *BMJ* 2000; **320**: 1352-1353.

3- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé *Journal Officiel* du 5 mars 2002 : 4118-4159.

4- Chamot E et Perneger TV "Misconceptions about efficacy of mammography screening : a public health dilemma" *J Epidemiol Com Health* 2001; **55** : 799-803.

5- Schwartz LM et coll. "US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ : cross sectional survey" *BMJ* 2000; **320** : 1635-1640.

6- Domenighetti G et coll. "Do women have realistic expectations about the benefits of mammography screening? a four countries survey" (24 pages, non publié).

La prescription médicale d'héroïne est un des moyens pragmatiques de réduction des risques.

Toxicomanie Prescription d'héroïne en Europe

La prescription médicale de *diacétylmorphine* (alias *héroïne*) aux toxicomanes n'est pas une nouveauté en Europe, mais son évaluation méthodique n'en est qu'à ses débuts.

Des pays plus pragmatiques que d'autres

Il n'existe pas de programme autorisé en France, mais plusieurs pays européens envisagent cette option thérapeutique pour certains toxicomanes.

Royaume-Uni : prescription confidentielle sans évaluation.

Au Royaume-Uni, en 1926, la prescription d'héroïne est mentionnée pour la prise en charge des toxicomanes qui ne parviennent pas à se défaire de leur addiction, mais elle n'a concerné que quelques dizaines de personnes jusqu'en 1950 (1).

Au cours des années 1960, l'héroïne est devenue la substance principale utilisée par les toxicomanes aux opiacés ; son utilisation médicale a été fortement limitée, sans être interdite au Royaume-Uni.

Environ 100 psychiatres britanniques travaillant en centres de traitement de la toxicomanie sont aujourd'hui autorisés à la prescrire ; 20 d'entre eux sont à l'origine de la majorité des prescriptions (2). Dans ce pays, la plupart des 400 toxicomanes concernés vont chercher l'héroïne tous les jours à la pharmacie. Elle leur est prescrite sous forme de comprimés, de solution buvable, de cigarettes imprégnées ou de poudre sèche en ampoule pour injection intraveineuse (2).

Un rapport du Home Office Drugs Strategy britannique publié en octobre 2002 recommande que la prescription d'héroïne aux toxicomanes

soit autorisée, sous conditions, aux médecins généralistes (3).

Suisse : un suivi systématique.

Le programme de prescription médicale d'héroïne en Suisse est le plus développé d'Europe. En décembre 2000, 21 centres de 30 à 550 places avaient participé au programme (2,4). À Genève, le centre de prescription d'héroïne (Programme expérimental de prescription de stupéfiants) est ouvert 7 jours sur 7 sur trois tranches horaires durant lesquelles les toxicomanes admis soit s'injectent l'héroïne, seuls ou avec l'aide d'un infirmier, soit reçoivent des comprimés pour la voie orale. Les toxicomanes peuvent aussi demander de la méthadone pour la journée, le week-end ou les vacances. Un encadrement psychologique et social est proposé comme pour les autres types de prise en charge (2).

Cette expérience, très réglementée, a fait l'objet d'un suivi continu à l'échelle du pays. Entre janvier 1994 et décembre 2000, 1 969 toxicomanes ont été admis (âge moyen 32 ans ; durée moyenne d'héroïnomanie 10 ans). Un tiers d'entre eux consommaient alors de la cocaïne de manière quasi quotidienne, et 17 % étaient séropositifs HIV (4).

La moitié de ces toxicomanes ont continué à venir régulièrement durant plus de 2,5 années, et un tiers plus de 5 années (4). Le traitement par héroïne a été arrêté dans la plupart des cas en raison d'une demande d'autres traitements : méthadone (37 % des cas), demande de sevrage (22 % des cas) (3). La prescription d'héroïne s'est accompagnée d'une forte diminution des consommations illicites d'héroïne et de cocaïne (respectivement, utilisées par 82 % et 29 % des patients à l'inclusion versus 9 % à 6 % et 7 % à 5 % 6 mois à 18 mois plus tard), et d'une amélioration des conditions

de vie, notamment de logement et d'emploi (4).

Par sa conception, ce suivi ne permet aucune comparaison, même indirecte, avec les autres types de prise en charge. Et comme pour la plupart des études de suivi de toxicomanes, on ne connaît pas le devenir des patients après qu'ils aient quitté le programme.

Un essai randomisé aux Pays-Bas.

Les autorités néerlandaises ont débattu depuis les années 1970 de l'éventuelle prescription d'héroïne aux toxicomanes (5). Entre 1983 et 1993, deux expériences d'injection d'opiacés ont été tentées : morphine chez 37 toxicomanes, puis méthadone chez 30 autres (6).

L'annonce du lancement de l'expérience suisse en 1994 a probablement été une incitation pour recommander de mener un essai clinique aux Pays-Bas, dont le rapport a été rendu public en février 2002 (6). Au total, 549 adultes toxicomanes à l'héroïne, ayant tenté sans succès une substitution par méthadone, ont été inclus : la grande majorité d'entre eux étaient également consommateurs de cocaïne, plus des deux tiers avaient une forte consommation d'alcool ; tous consommaient plusieurs drogues (6). En collaboration avec le médecin, les patients choisissaient selon leurs habitudes de prise d'héroïne d'être inclus dans le bras de l'essai "héroïne par voie injectable" (174 patients) ou dans le bras "héroïne par voie inhalée" (375 patients) (a). Après tirage au sort dans chaque bras de l'essai, un traitement par héroïne + méthadone durant 12 mois a été comparé versus un traitement par méthadone seule durant 12 mois (b). L'héroïne a été auto-administrée 3 fois par jour sous supervision médicale ; la fréquence de dispensation de la méthadone n'a pas été précisée.

Dans les groupes héroïne + méthadone