

Les soins de santé préventifs et les médias

Guylène Thériault MD CCFP Pascale Breault MD CCFP James A. Dickinson MB BS PhD CCFP FRACGP Roland Grad MD CM MSc CCFP FCFP
Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP Harminder Singh MD MPH FRCPC Olga Szafran MHSA

Description du cas

Vous êtes perplexe. Vous venez de regarder un webinaire sur le dépistage du cancer, et vous avez été déconcentré par la discussion sur les bienfaits du dépistage par mammographie chez les femmes dans la cinquantaine. Un seul décès dû au cancer du sein est prévenu pour chaque tranche de 1333 femmes dépistées sur 7 ans¹. Pourtant, dans le journal ce matin, vous avez lu un article qui annonçait un tsunami de cancers du sein à cause de la suspension du dépistage par mammographie durant la pandémie d'infections au coronavirus 2019.

Linda, votre première patiente de l'après-midi, a lu le même article. Elle est inquiète parce que sa mammographie de dépistage a été repoussée. Linda a 54 ans, et elle n'a pas de symptôme ni de facteur de risque spécifique de cancer du sein. Elle souhaite que vous l'aidiez à obtenir un rendez-vous aussitôt que possible pour une mammographie.

Vous vous posez des questions concernant les renseignements divergents sur le dépistage du cancer du sein et vous vous demandez comment réconcilier ces opinions contradictoires.

Certaines informations peuvent avoir un impact important sur les espoirs et les craintes face à la santé et aux promesses de la médecine. La détection des maladies, avant qu'elles ne causent de problèmes, fait écho à ce que la plupart des gens souhaitent comme soins, assumant que toute détection précoce se traduit par une survie plus longue, moins de douleurs, et cela sans effets indésirables durables. « Mieux vaut prévenir que guérir » et « Plus tôt c'est mieux » sont des maximes si bien connues. Il est difficile d'aller à l'encontre de ce qui semble relever du simple bon sens².

Les données probantes démontrent que la plupart des gens, y compris les médecins, ont tendance à

surestimer les bienfaits et à sous-estimer les risques des interventions en matière de santé, incluant du dépistage^{3,4}. Les raisons sous-jacentes à ce phénomène sont complexes et sont ancrées dans nos processus cognitifs. Notre intuition est très souvent influencée par ce que nous appelons *l'illusion thérapeutique*, un enthousiasme injustifié pour les tests ou les traitements⁵. Il nous faut donc faire un effort délibéré pour prendre du recul face à ce que nous dictent nos instincts.

Les médias jouent un rôle particulier, souvent peu reconnu et par conséquent ignoré, dans le façonnement de nos opinions et de nos attentes concernant les soins de santé et les issues cliniques découlant des dépistages. Il est rare de voir des reportages donnant des renseignements sur les bienfaits (p. ex. décès évités) et les préjudices (p. ex. surdiagnostics et faux positifs) d'une manière transparente, même si ces informations est cruciale pour prendre une décision à propos du dépistage⁶. (Dans une étude non encore publiée portant sur 1173 reportages médiatiques distincts sur les tests de dépistage [le protocole est publié et disponible⁷], 37% seulement des reportages mentionnaient les effets négatifs du dépistage, tandis que 97% soulignaient les bienfaits [seulement 14% avec des nombres absolus]. Dans la même étude, parmi les histoires potentiellement biaisées (en faveur du dépistage), seulement 12% étaient accompagnés d'une déclaration de conflits d'intérêts [M. O'Keeffe, communication personnelle, le 26 août 2020].) Dans les reportages, on trouve aussi des récits et des anecdotes de survivants qui contribuent souvent à renforcer une image trompeuse du dépistage. Le paradoxe du dépistage⁸ n'est presque jamais expliqué, ce qui engendre une perception amplifiée de la prévalence des maladies et une estimation biaisée des bienfaits possibles du dépistage. Ce déséquilibre dans les données diffusées dans les médias peut expliquer

Points de repère

- ▶ Dans la plupart des interventions de dépistage, il existe un équilibre entre les préjudices et les bienfaits potentiels. Cet équilibre, s'il est représenté de manière erronée, peut contribuer à des attentes injustifiées.
- ▶ Les médecins doivent être conscients des lacunes dans de nombreux rapports médiatiques (presse écrite, médias sociaux, radio ou télévision) qui projettent souvent une image erronée des soins de santé préventifs.
- ▶ La prise de décision partagée exige une appréciation de l'ampleur des bienfaits et des préjudices potentiels des interventions de dépistage. Ceux-ci doivent être exprimés en termes simples, faciles à comprendre.
- ▶ Nous devrions chercher des mesures des bienfaits ou des préjudices exprimées en réduction du risque absolu ou en nombres naturels. Des outils d'aide à la décision présentant ces données facilitent le processus de décision partagée.

pourquoi un si grand nombre de patients sont surpris qu'il puisse y avoir des effets négatifs causés par les tests de dépistage⁹.

Dans le but de mieux informer la population et nos patients, il importe que le contenu des reportages médiatiques corresponde aux données scientifiques disponibles et tienne compte des valeurs de ceux qui porteront ultimement le fardeau du dépistage. Les médecins et les patients doivent être vigilants face aux lacunes des rapports médiatiques sur les interventions de dépistage. Ce n'est pas facile surtout lorsque les incertitudes ne sont pas expliquées et, par conséquent, que les issues positives sont exagérées et généralisées. En tant que médecins, nous devons nous familiariser avec les limites des reportages médiatiques et avec la façon dont ces lacunes influencent les informations véhiculées sur les soins de santé préventifs.

Les médecins et l'illusion thérapeutique : le pourquoi

Dans plusieurs reportages, une détection accrue des maladies ou un taux plus élevé de survie à 5 ans sont décrits comme des bienfaits directs du dépistage¹⁰. Les renseignements sur les tests diagnostiques chez les personnes symptomatiques sont aussi souvent confondus avec le dépistage et les biais communément associés aux études sur le dépistage, tels que le biais de devancement, le biais de sélection pronostique, le surdiagnostic et le surtraitement sont la plupart du temps ignorés.

Des points de vue trop optimistes (engendrés par une illusion cognitive appelée le *biais de l'optimisme*) font croire aux médecins que le dépistage est nécessaire, ce qui déclenche la prescription de tests, même s'ils ne sont pas conformes aux valeurs du patient¹¹. Cette épidémie silencieuse de compréhension erronée des préférences de nos patients est alimentée par des histoires ou rapports qui ne tiennent pas compte des différents aspects du dépistage, autant dans les ouvrages scientifiques que dans ceux destinés au grand public. Les médecins qui comprennent bien les données probantes et qui ont des habiletés en numératie ne recommandent pas de dépistages inutiles. D'autres, toutefois, pourraient par inadvertance ne pas bien informer leurs patients^{12,13}.

La pratique médicale exige constamment de prendre prise des décisions. La plupart du temps, surtout lorsque nous sommes dans l'incertitude, nous nous fions à des stratégies automatiques, rapides et intuitives (heuristiques) pour prendre ces décisions¹⁴. L'une des heuristiques les plus puissantes est l'*heuristique de disponibilité*, qui désigne la tendance à se rappeler plus facilement les cas récents ou inhabituels, ce qui peut contribuer à la surestimation de la probabilité de certains diagnostics¹⁵ (p. ex. une patiente chez qui nous avons trouvé un cancer au moyen d'une mammographie de dépistage).

D'autres facteurs interviennent aussi dans notre difficulté à être rationnels dans notre pratique. Se tenir au

fait de la littérature scientifique est une tâche colossale, d'autant plus que le savoir augmente de manière exponentielle. Nous avons tendance à répéter ce qui, selon nous, a bien fonctionné par le passé, sans examiner notre pratique d'un œil critique. De nombreux professionnels de la santé ont tendance à se faire une représentation pathophysiologique des maladies, ce qui est limitant et souvent inexact. On a longtemps pensé que les cancers étaient une maladie avec une progression inexorable. Nous savons maintenant que certains progressent rapidement, que certains causent la mort, mais que d'autres évoluent lentement ou ne progressent pas du tout.

Les médias et l'illusion thérapeutique : le comment

Les journalistes sont assujettis à des contraintes qui limitent leur travail, comme la pression des échéances, les limites du nombre de mots, les ressources limitées et les processus de révision. Ils sont aussi aux prises avec les biais de leurs sources, le défi d'expliquer un contenu scientifique et l'exigence constante d'un « intérêt journalistique »^{16,17}. Ces pressions sont encore aggravées par la concurrence avec les médias sociaux qui sont devenus une puissance dans la culture contemporaine. Par conséquent, les journalistes des médias traditionnels ont perdu le monopole du partage de l'information, et ils doivent concurrencer ardemment pour préserver leur emploi. Les revenus de la presse écrite sont en déclin¹⁸, ce qui complique encore plus l'obtention des ressources dont les journalistes ont besoin pour couvrir des sujets complexes, avec le juste équilibre que méritent leurs lecteurs.

Des messages sans ambiguïté peuvent augmenter la demande de dépistages^{19,20}. Dans le contexte de recommandations fortement en faveur d'un test de dépistage, c'est probablement une bonne chose dans l'ensemble. Mais, lorsqu'il existe un équilibre entre les bienfaits et les risques d'un test de dépistage, les médias devraient communiquer le message de manière à aider les personnes à prendre une décision éclairée. Trop souvent, ce n'est pas le cas. Par exemple, l'option ou la « pertinence » de ne pas faire un test est rarement présentée. C'est pourquoi très souvent, lors d'une visite médicale, le patient et son médecin sont inconsciemment enclins à agir. Leurs croyances n'ont souvent rien à voir avec les données factuelles au sujet des bienfaits et des risques potentiels du dépistage.

Les messages unilatéraux ou non équilibrés sont issus en partie de l'illusion thérapeutique. Ces messages deviennent ancrés dans l'esprit tant des patients que des médecins, entraînant des convictions erronées. L'ampleur des effets des interventions et des soins préventifs est souvent perçue comme bien supérieure à la réalité. Même si des experts peuvent interpréter un article comme une recommandation de ne pas procéder à un test de dépistage, les non-initiés peuvent comprendre un message différent²¹. Plusieurs sont donc surpris

lorsqu'ils voient les nombres absolus présentés dans les aides à la décision clinique au sujet du dépistage.

Les lecteurs de cette série sauront que nous avons antérieurement discuté en détail autant des bienfaits que des risques du dépistage. Nous avons aussi décrit des outils qui peuvent nous aider à expliquer ces concepts difficiles donc faciliter la prise de décisions partagée,²². Des aides visuelles sont souvent utiles pour transmettre ce message contre-intuitif²³.

Par-dessus l'écran de fumée : le bon, la moins bon et le pire du dépistage dans les médias

Le bon : fournir des renseignements nuancés et exacts. Les journalistes de la presse écrite et ceux qui partagent de l'information dans les médias sociaux ou à la radio doivent bien comprendre le message. Ils ont un rôle essentiel à jouer, puisqu'ils rejoignent un vaste auditoire. Il est possible de mettre en évidence l'équilibre entre les bienfaits et les risques, et certains fournissent effectivement des renseignements justes et exacts (**Encadré 1**)²⁴. Le livre de Renée Pellerin au sujet du dépistage du cancer du sein, intitulé *Conspiracy of Hope*, en est un brillant exemple²⁵.

Certains journalistes ont les ressources voulues pour faire une analyse plus approfondie et présenter l'ensemble de la situation, qui ne se limite jamais à un simple « le dépistage sauve des vies ». En définitive toutefois, ils dépendent de leurs sources, et cette situation peut être problématique. Les personnes qui profitent directement d'un plus grand nombre de dépistages partagent rarement leurs informations de façon transparente ou accessible, et pourraient ne pas fournir les arguments contraires à leurs propres vues. L'acquisition de sources originales (au lieu de se fier à des communiqués de presse) se révèle utile pour communiquer des renseignements équilibrés.

Les discussions entourant le dépistage doivent être nuancées. Elles doivent refléter ce qui est connu sur le sujet pour dissiper les mythes et les conceptions erronées. Le but d'un bon reportage n'est pas d'influencer, mais d'informer. Il est difficile d'expliquer qu'une détection précoce n'équivaut pas à tout coup à une survie plus longue, et que les bienfaits possibles doivent être soupesés en tenant compte des préjudices potentiels; cela demande une réflexion plus approfondie.

La moins bon : alimenter notre illusion thérapeutique.

De nombreux journalistes n'ont pas les connaissances de base pour comprendre ce que le dépistage peut et ne peut pas faire, et ils bénéficieraient probablement d'une formation de base en épidémiologie fondamentale²⁶. Ils pourraient ne pas apprécier justement les pièges de la « médecine par communiqué de presse », par opposition aux avantages d'une analyse critique de la recherche primaire. Parmi les autres dangers figurent les reportages sur des études qui ont des déficiences méthodologiques

Encadré 1. Liste des critères de grande qualité s'appliquant aux reportages médiatiques

Comment savoir si un reportage médiatique présente des renseignements équilibrés?

- Le reportage quantifie adéquatement les bienfaits du dépistage:
 - Les nombres sont présentés en termes absolus
 - Les résultats rapportés sont importants cliniquement (pas seulement statistiquement significatifs)
 - La différence entre le risque populationnel et le risque individuel est expliquée
 - Le reportage explique les effets possibles sur la santé ou la qualité de vie (ne discute pas seulement des effets sur les marqueurs de substitution)
 - Le reportage ne repose pas trop fortement sur des anecdotes
 - Le reportage mentionne tous les résultats (pas seulement les issues secondaires qui démontrent des résultats positifs, par exemple souligner une détection accrue sans mentionner les issues cliniques axées sur le patient, comme les effets sur la mortalité)
- Le reportage explique adéquatement ou quantifie les préjudices du dépistage :
 - Les préjudices communs sont expliqués (p. ex. faux positifs, surdiagnostics) et leurs conséquences courantes (p. ex. étiquetage, traitement excessif, tests in-utiles)
 - Les nombres sont présentés en termes absolus
- L'équilibre entre les bienfaits et les risques est discuté
- Le reportage compare différents choix (dépistage c. abstention)
- Le reportage mentionne clairement pour qui les dépistages discutés seraient appropriés (p. ex. quel groupe d'âge) sans insinuer qu'ils pourraient s'appliquer plus largement
- Le reportage discute de la qualité des données probantes:
 - En expliquant le fondement scientifique de la recommandation
 - une revue systématique de la littérature scientifique c. l'opinion d'experts
 - des études randomisées ou des données observationnelles
 - En présentant les lacunes des données probantes
- Le reportage n'exploite pas la peur de la maladie (c'est-à-dire qu'il sensibilise la population plutôt que de vendre des tests ou des traitements)
- Le reportage cite des sources indépendantes et identifie les conflits d'intérêts
 - Le reportage se fie aux recommandations faites par des organismes indépendants (p. ex. le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs)
 - En présence de conflits, le reportage explique comment on en a tenu compte

Adaptation de HealthNewsReview.org.²⁴

(p.ex. la question n'est pas la bonne; les résultats statistiquement significatifs sont présentés comme s'ils étaient cliniquement importants; la conception même de l'étude est déficiente; les échantillonnages sont biaisés, ou l'analyse est faite incorrectement). Même si cette méconnaissance peut se traduire par des communications inexactes ou des renseignements incomplets, l'intention n'était pas de tromper.

La présentation des bienfaits en nombres relatifs et des risques en nombres absolus représente un piège dont il faut se méfier. S'il est écrit que le dépistage du cancer de la prostate diminue de 15% la mortalité due à ce cancer à 10 ans, et que le risque d'être surdiagnostiqué est de 3% (recevoir un véritable diagnostic de cancer, mais ce cancer ne vous aurait pas causé de symptômes), vous rendriez-vous compte que 15% est un nombre relatif (représentant 1 décès de moins dû au cancer de la prostate par 1000 hommes dépistés sur 13 ans), tandis que les 3% est un nombre absolu, équivalent à 33 hommes sur 1000 dépistés?

Le fait de rapporter les nombres en termes relatifs sans le préciser et sans donner de renseignements en termes absolus est trompeur et devrait être évité. L'accent mis sur des issues cliniques qui ne sont pas importantes pour le patient (p. ex. doublement du taux de créatinine) et l'omission de celles qui leur importent (p. ex. amputation) nous induit aussi en erreur. Des exemples de lacunes courantes dans les reportages médiatiques sont donnés au **Tableau 1**^{2,27-39}.

Le pire: faire délibérément la promotion d'intérêts différents de ceux des patients. Il ne faut pas sous-estimer l'importance des médias dans l'établissement des priorités publiques. De nombreuses organisations savent combien les médias sont puissants et s'en servent pour faire avancer leurs intérêts sous prétexte de promouvoir le bien-être des patients. Malheureusement, il arrive parfois que les faits soient délibérément faussés, et de telles faussetés deviennent alors des « faits réels » pour bien des gens. Certaines organisations (p. ex. fabricants d'appareils, sociétés pharmaceutiques, détenteurs de brevets ou actionnaires) souhaitent manipuler l'opinion publique, et elles permettent que des croyances erronées deviennent des « données factuelles » (p. ex. les groupes anti-vaccins citent encore l'étude à la méthodologie grossièrement déficiente de Wakefield sur le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, et l'autisme⁴⁰). De telles actions favorisent le partage et le repartage de renseignements inexacts. Une étude de Döbrössy fait valoir que des déclarations non scientifiques partagées par des non-initiés ne sont souvent pas des malentendus mineurs, mais des incompréhensions fondamentales de la justification scientifique du dépistage⁴¹.

Par exemple, si une entreprise vend des appareils diagnostiques, elle est heureuse de rapporter combien sa technologie révèle plus de cancers. Toutefois, elle

ne divulguera probablement pas qu'elle n'a pas d'étude démontrant que cette découverte diminue la mortalité ou le développement d'un cancer avancé (p. ex. l'incidence stable du cancer du sein métastatique dans les populations dépistées⁴²). Il ne suffit pas de se fier seulement au diagnostic d'un plus grand nombre de cancers en phase précoce. Ce n'est jamais une preuve directe de bienfaits, en partie à cause du biais de devancement et aussi parce que des technologies plus sensibles augmentent le risque de surdiagnostic.

Dernières réflexions

La recommandation d'un médecin est un facteur important pour prédire l'acceptation des interventions de dépistage⁴³. Cette réalité met en évidence la nécessité pour les professionnels des soins primaires d'avoir une bonne compréhension des bienfaits et des risques du dépistage; la nécessité de s'abstenir de recommander des tests de dépistages non recommandés; et la nécessité d'une prise de décision partagée quand il y a un équilibre entre les bienfaits et les risques (p. ex. dépistage du cancer du sein).

Les patients questionneront les médecins à propos des reportages médiatiques qui présentent des renseignements erronés ou incomplets sur les bienfaits et les risques des interventions médicales. Pour bien leur répondre, nous avons besoin d'une information pratique et équilibrée (de bons outils de transmission des connaissances) et des compétences pour savoir comment bien communiquer aux patients les bienfaits, les risques et l'ampleur des effets.

Résolution du cas

Vous êtes davantage au fait des différentes façons dont l'information est véhiculée. Vous savez maintenant que vous devez chercher le risque absolu et des renseignements équilibrés sur les bienfaits et les risques du dépistage. Vous utilisez l'aide à la décision du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant le dépistage du cancer du sein¹ pour informer Linda. Elle est surprise d'apprendre les préjudices possibles, et elle comprend qu'il n'y a pas d'urgence à passer sa prochaine mammographie. Elle vous remercie de ces renseignements car elle ne savait pas qu'il y avait une décision à prendre. Elle va continuer à y réfléchir, et elle décidera plus tard de subir ou non un dépistage.

Vous gardez à l'esprit les suggestions de Cochrane et Holland: « Si un patient demande de l'aide à un médecin, ce dernier fera du mieux qu'il peut. Le médecin n'est pas responsable des failles dans le savoir médical. Toutefois, si le médecin amorce des interventions de dépistage, il se trouve dans une situation très différente. Dans ce contexte, le médecin devrait s'appuyer sur des données concluantes que le dépistage peut modifier l'évolution naturelle de la maladie dans une proportion significative de la population dépistée⁴⁴ ».



Tableau 1. Lacunes courantes dans les reportages médiatiques

LACUNE POTENTIELLE	EXEMPLE DE REPORTAGE MÉDIocre	EXEMPLE DE BON REPORTAGE
Indiquer le risque relatif au lieu du risque absolu (ou ne pas mentionner ce dernier)	Communiqué de presse des NIH Le dépistage du cancer du poumon réduit de 20 % le risque de mortalité ²⁷ . Le communiqué mentionne le nombre de décès dans chaque groupe, sans indiquer la réduction du risque absolu	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs Un outil de discussion présente les nombres absolus: 3 personnes sur 1000 de moins ne mourront pas d'un cancer du poumon parmi 1000 gros fumeurs dépistés ²⁸
Confondre les interventions diagnostiques et le dépistage	Reportage de Fox News Un article et une vidéo parlent d'une femme de 32 ans qui a subi une colonoscopie en raison d'un inconfort abdominal et d'une perte pondérale. Elle encourage tous les jeunes gens à subir un dépistage ²⁹	HealthNewsReviews.org Le site explique la distinction entre une intervention diagnostique et un dépistage. Dans une population dépistée (asymptomatique), la prévalence de la maladie est beaucoup plus faible, les bienfaits sont moins probables, mais les risques sont toujours présents ³⁰
Ne parler que des bienfaits	Sites web 98 % des reportages sur le dépistage du cancer du poumon mentionnent les bienfaits, tandis que seulement 48 % présentent les risques ³¹	Article sur la communication des risques Il signale les bienfaits et les risques des tests de dépistage en nombres absolus (ou naturels) avec le même dénominateur ³²
Rapporter les bienfaits en termes relatifs et les préjudices en termes absolus	Article du Time au sujet de SPRINT SPRINT a signalé une réduction de 38 % de l'insuffisance cardiaque et une réduction de 43 % de la mortalité due à des problèmes cardiaques (risque relatif) et une augmentation de 1 à 2 % des effets secondaires, exception faite des chutes (risque absolu) ³³	Les résultats publiés de SPRINT La réduction absolue de l'insuffisance cardiaque était de 0,8 % et celle de la mortalité cardiovasculaire était de 0,6 % ³⁴
Dire que la survie à 5 ans équivaut à un bienfait	Publicité à la radio, New Hampshire, le 29 oct. 2007 « J'avais un cancer de la prostate de stade, il y a 5-6 ans. Mes chances de survie aux États-Unis, et Dieu merci, j'ai été guéri, étaient de 82 %. Mes chances de survie d'un cancer de la prostate en Angleterre n'auraient été que de 44 % avec la médecine socialisée ³⁵ »	HealthNewsReview.org Le site explique que les statistiques sur la survie à 5 ans ne devraient pas servir à signaler les bienfaits du dépistage. Le biais de devancement et les surdiagnostics augmenteront les taux de survie à 5 ans dans le groupe dépisté, même s'il n'y a pas de véritable bienfait ³⁶
Présumer la présence de bien-faits lorsque le dépistage se traduit par un plus grand nombre de détections de la maladie	Communiqué de presse d'une entreprise fabriquant une technologie de mammographie en 3D « Nous demeurons résolument engagés à développer des technologies novatrices qui détectent plus de cancers in-vasifs que la mammographie conventionnelle, améliorant ainsi les chances de survie des femmes ³⁷ »	Article Testing Treatments « La détection d'un plus grand nombre de maladies n'est pas une preuve d'efficacité. La possibilité des surdiagnostics (qui augmentent les statistiques sur la survie) est toujours présente. En l'absence d'études confirmant un bienfait, nous ne devrions pas insinuer qu'il y en a ² »
Penser que le dépistage est le seul choix raisonnable	Vidéo sur Facebook Elle fait la promotion du dépistage du cancer de la prostate par toucher rectal ou mesure de l'APS38. Aucune explication n'est donnée à propos de l'absence totale de données sur l'efficacité de l'examen par toucher rectal. Aucune discussion n'est faite concernant le choix de ne pas se faire dépister ou la possibilité d'un surdiagnostic	Rubrique dans le Globe and Mail Après avoir examiné les faits, la rubrique déclare clairement que les hommes devraient être informés avant de décider de subir ou non un dépistage ³⁹

APS—antigène prostatique spécifique, NIH—National Institutes of Health, SPRINT — Étude intitulée Systolic Blood Pressure Intervention Trial.

La **D^{re} Thériault** est directrice du volet Rôle du médecin et directrice de la Pédagogie au Campus médical de l'Outaouais de la Faculté de médecine de l'Université McGill (Gatineau, Québec). La **D^{re} Breault** est chargée de cours cliniques au Département de médecine familiale de l'Université Laval à Québec (Québec). Le **D^r Dickinson** est professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary (Alberta). Le **D^r Grad** est professeur agrégé au Département de médecine de famille de l'Université McGill. Le **D^r Bell** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D^r Singh** est professeur agrégé au Département de médecine interne et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba à Winnipeg, et au Département d'hématologie et d'oncologie de CancerCare Manitoba. **M^{me} Szafran** est directrice associée de recherche au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

Intérêts concurrents

Tous les auteurs ont rempli les formulaires normalisés concernant les conflits d'intérêts de l'International Committee of Medical Journal Editors (accessibles sur demande auprès de l'auteur correspondant). Le **D^r Singh** fait rapport de subventions de Merck Canada, d'honoraires personnels de Pendopharm et d'honoraires personnels de Ferring Canada, sans lien avec les travaux soumis. Les autres auteurs ont déclaré n'avoir aucun intérêt concurrent.

Correspondance

D^{re} Guylène Thériault; courriel guylene.theriault@mcgill.ca

Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Breast cancer update—1000 person tool, age 50-59. Updated task force recommendations for women*. Ottawa, ON: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2020. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/breast-cancer-update/1000-person-tool-age-50-59/>. Réf. du 24 août 2020.

- Earlier is not necessarily better. Dans: Evans I, Thornton H, Chalmers I, Glasziou P. *Testing treatments: better research for better healthcare*. 2^e éd. Londres, Angl: Pinter and Martin; 2011. p. 31-49.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;177(3):407-19.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175(2):274-86.
- Casarett D. The science of Choosing Wisely—overcoming the therapeutic illusion. *N Engl J Med* 2016;374(13):1203-5.
- Pillay J, MacGregor T, Featherstone R, Hartling L. *Breast cancer screening: part B. Systematic review on women's values and preferences to inform an update of the Canadian Task Force on Preventive Health Care 2011 guideline*. Ottawa, ON: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2018. Accessible à : https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2018/11/Womens-Values-and-Preferences-on-Breast-Cancer-Screening_FINAL.pdf. Réf. du 24 août 2020.
- O'Keefe M, Barratt A, Maher C, Zadro J, Fabbri A, Jones M et coll. Media coverage of the benefits and harms of testing the healthy: a protocol for a descriptive study. *BMJ Open* 2019;9(8):e029532.
- Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ et coll. Screening: when things go wrong. *Can Fam Physician* 2018;64:502-8 (ang), e299-306 (fr).
- Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004;291(1):71-8.
- Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Singh H, Kasperavicius D, Thombs BD. Understanding and communicating risk. Measures of outcome and the magnitude of benefits and harms. *Can Fam Physician* 2018;64:181-5 (ang), 186-91 (fr).
- Jefferson A, Bortolotti L, Kuzmanovic B. What is unrealistic optimism? *Conscious Cogn* 2017;50:3-11. Publ. en ligne du 1^{er} nov. 2016.
- Petrova D, Mas G, Navarrete G, Rodriguez TT, Ortiz PJ, Garcia-Retamero R. Cancer screening risk literacy of physicians in training: an experimental study. *PLoS One* 2019;14(7):e0218821.
- Petrova D, Kostopoulou O, Delaney BC, Cokely ET, Garcia-Retamero R. Strengths and gaps in physicians' risk communication: a scenario study of the influence of numeracy on cancer screening communication. *Med Decis Making* 2018;38(3):355-65. Publ. en ligne du 8 sept. 2017.
- Del Campo C, Pauser S, Steiner E, Vetschera R. Decision making styles and the use of heuristics in decision making. *J Bus Econ* 2016;86(4):389-412.
- Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med* 2002;9(11):1184-204.
- Winstein JA. Science and the media: the boundaries of truth. *Health Aff (Millwood)* 1985;4(1):5-23.
- Yang JH. Constraints on environmental news production in the U.S.: interviews with American journalists. *J Int Area Stud* 2004;11(2):89-105.
- Assemblée nationale du Québec. *Commission de la culture et de l'éducation. Mandat d'initiative - avenir de médias d'information*. Québec, QC: Assemblée nationale du Québec; 2019. Accessible à : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cc/mandats/Mandat-40735/index.html>. Réf. du 24 août 2020.
- Morrell S, Perez DA, Hardy M, Cotter T, Bishop JF. Outcomes from a mass media campaign to promote cervical screening in NSW, Australia. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(9):777-83. Publ. en ligne du 12 oct. 2009.
- MacArthur GJ, Wright M, Beer H, Paranjothy S. Impact of media reporting of cervical cancer in a UK celebrity on a population-based cervical screening programme. *J Med Screen* 2011;18(4):204-9. Publ. en ligne du 7 déc. 2011.
- Elstad EA, Sheridan SL, Lee JGL, Rini C, Earp JA, Brewer NT. Have screening harms become news-worthy? News coverage of prostate and colorectal cancer screening since the 2008 USPSTF recommendation changes. *J Behav Med* 2014;37(6):1242-51. Publ. en ligne du 24 mai 2014.
- Moore AE, Straus SE, Kasperavicius D, Bell NR, Dickinson JA, Grad R et coll. Knowledge translation tools in preventive health care. *Can Fam Physician* 2017;63:853-8 (ang), e466-72 (fr).
- Petrova D, Garcia-Retamero R, Cokely ET. Understanding harms and benefits of cancer screening: a model of factors that shape informed decision making. *Med Decis Making* 2015;35(7):847-58. Publ. en ligne du 4 juin 2015.
- HealthNewsReview.org [site web]. *Our review criteria*. Minneapolis, MN: HealthNewsReview.org. Accessible à : <https://www.healthnewsreview.org/about-us/review-criteria>. Réf. du 24 août 2020.
- Pellerin R. *Conspiracy of hope. The truth about breast cancer screening*. Fredericton, NB: Goose Lane Editions; 2018.
- Pai M. Journalists need to get it right: epidemiology training can help. *Forbes* du 9 août 2020. Accessible à : <https://www.forbes.com/sites/madhukarpai/2020/08/09/journalists-need-to-get-it-right-epidemiology-training-can-help/#4bf5661a66a2>. Réf. du 24 août 2020.
- National Institutes of Health. *Lung cancer trial results show mortality benefit with low-dose CT* [communiqué de presse]. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2010. Accessible à : <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/lung-cancer-trial-results-show-mortality-benefit-low-dose-ct>. Réf. du 24 août 2020.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Lung cancer screening*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2016. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/ctfphlung-cancerclinician-faqfinalv2-1.pdf>. Réf. du 24 août 2020.
- Hein A. Mom diagnosed with colon cancer urges others to get screened early. *Fox News* du 5 sept. 2018. Accessible à : <https://www.foxnews.com/health/mom-diagnosed-with-colon-cancer-urges-others-to-get-screened-early>. Réf. du 24 août 2020.
- Lomangino K. Why one woman's emotional plea for early colon cancer screening may harm instead of help. *HealthNewsReview.org* 2018 Sep 6. Accessible à : <https://www.healthnewsreview.org/2018/09/why-one-womans-emotional-plea-for-early-colon-cancer-screening-may-harm-instead-of-help>. Réf. du 24 août 2020.
- Woloshin S, Black WC, Kramer BS. Lung cancer screening websites—balanced information vs advertisement. *JAMA Intern Med* 2020;180(6):821-3.
- Naik G, Ahmed H, Edwards AGK. Communicating risk to patients and the public. *Br J Gen Pract* 2012;62(597):213-6.
- Park A. Why your blood pressure might actually be too high. *Time* du 12 nov. 2015. Accessible à : <https://time.com/4109849/should-your-blood-pressure-be-way-lower-than-it-is>. Réf. du 24 août 2020.
- SPRINT Research Group; Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM et coll. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373(22):2103-16. Publ. en ligne du 9 nov. 2015. Erratum dans: *N Engl J Med* 2015;373(25):2506.
- RudyGiulianiHQ. *Rudy Radio - "Chances"*. YouTube; 2007. Accessible à : <https://www.youtube.com/watch?v=csATVGNHMc&feature=youtu.be>. Réf. du 24 août 2020.
- Schwitzer G. Five year survival rates can mislead - message to medical educators, medical journals, journalists and the public. *HealthNewsReview.org* du 6 févr. 2016. Accessible à : <https://www.healthnewsreview.org/2013/02/five-year-survival-rates-can-mislead-message-to-medical-educators-medical-journals-journalists-and-the-public>. Réf. du 24 août 2020.
- Hologic. *Sheryl Crow named Hologic's national celebrity spokesperson for new breast cancer educational campaign* [press release]. Marlborough, MA: Hologic; 2016. Accessible à : <https://investors.hologic.com/press-releases/press-release-details/2016/Sheryl-Crow-Named-Hologics-National-Celebrity-Spokesperson-for-New-Breast-Cancer-Educational-Campaign/default.aspx>. Réf. du 24 août 2020.
- Diaz AC. Dirty good job: Mike Rowe gets a prostate exam on camera. *Erich & Kallman's film for Zero. AdAge* 2018 Oct 9. Accessible à : <https://adage.com/creativity/work/zero-mike-rows-prostate-exam/952196>. Réf. du 24 août 2020.
- Wente M. Prostate cancer dilemma. *Globe and Mail* du 8 févr. 2010. Accessible à : <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/prostate-cancer-dilemma/article623311>. Réf. du 24 août 2020.
- Kata A. A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine* 2010;28(7):1709-16. Publ. en ligne du 30 déc. 2009.
- Döbrössy B, Girasek E, Susánszky A, Koncz Z, Györfy Z, Bognár VK. "Clicks, likes, shares and comments." A systematic review of breast cancer screening discourse in social media. *PLoS One* 2020;15(4):e0231422.
- Welch HG, Kramer BS, Black WC. Epidemiologic signatures in cancer. *N Engl J Med* 2019;381(14):1378-86.
- O'Farrell CM, Green BB, Reid RJ, Bowen D, Baldwin LM. Physician-patient colorectal cancer screening discussions by physicians' screening rates. *J Am Board Fam Med* 2012;25(6):771-81.
- Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. *Br Med Bull* 1971;27(1):3-8.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the November 2020 issue on page 811.

Sources additionnelles suggérées

Aimaenergy. *Au nom de tous les seins - incertain dépistage_France 5_2016_01_12_20_45* [vidéo]. Vimeo; 2016. Accessible à : <https://vimeo.com/151632825>. Réf. du 24 août 2020.

Gigerenzer G, Gaismaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest* 2007;8(2):53-96. Publ. en ligne du 1er nov. 2007.

Pellerin R. *Conspiracy of hope. The truth about breast cancer screening*. Fredericton, NB: Goose Lane Editions; 2018.

Pursuing health with less diagnosis. Dans: Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*. Boston, MA: Beacon Press; 2011. p. 180-91.

HealthNewsReview.org [site web]. Minneapolis, MN: University of Minnesota School of Public Health. Accessible à : <https://www.healthnewsreview.org>. Réf. du 24 août 2020.