Femmes et santé

Dépistage, surdiagnostic, cancer : de quoi parle-t-on ?

Bernard Duperray

Francesco di Simone da Santacroce 1440 Musei Civici

Bruxelles
7 nov 2019

Un tissu d'informations contradictoires

- Depuis plus d'un siècle on prétend périodiquement disposer de techniques permettant de vaincre le cancer du sein : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, dépistage par mammographie etc Or, dans les faits, rien ne s'est passé et ne se passe comme prévu.
- Le cancer du sein est toujours l'un des premiers tueurs parmi les cancers féminins.

- L'étonnante agressivité de la médecine à l'égard des femmes dans le traitement du cancer du sein s'est révélée contre productive. Pourtant les pratiques perdurent.

- Ce qui paraissait intuitivement évident - *un diagnostic plus précoce grâce à la mammographie permet de sauver des vies* - a été contredit par le dépistage.

- La faillite du dépistage met au premier plan le divorce entre l'affirmation d'un succès et une réalité profondément délétère.

- Cet échec impose une remise en question totale des liens entre **la femme, le cancer et la médecine.**

- *Tout a volé en éclats.*

Apparence et réalité

- **La femme** : un empilement d'organes animé par une étincelle divine… *ou* un membre d'une espèce consciente de son appartenance à la nature dont il ne peut être dissocié ?

- **Le cancer du sein** : un intrus dont il faut se débarrasser au plus vite… *ou* une composante du vivant dont il faut comprendre les connexions avant de décider de son sort ?

- **La médecine** : un ensemble de connaissances au service du bien-être humain… *ou* une ogresse insatiable qui se nourrit de malades et même de bien-portants pour constituer un marché en expansion à la recherche du profit ?

La polémique sur le dépistage et la prise en charge des cancers du sein tient au fait que la médecine dénie à la femme le droit d'être acteur de sa guérison et se substitue totalement à elle au nom d'une science qu'elle ne maîtrise pas encore.

La femme…

La femme a un statut social et personnel changeant au cours de l'histoire.

Le traitement social du sein est un bon reflet de la condition féminine

Le sein est à la fois l'organe de l'allaitement comme chez tous les mammifères et un organe très spécifique de l'espèce humaine par son rôle érotique emblématique de la féminité.

Museum H N Paris

Les mammifères :
150 millions d'années
Les premiers singes :
45 millions d'années
Les hominidés *:*
20 millions d'années
<u>La bipédie</u> :
7 millions d'années
Les premiers outils :
3 millions d'années
La main humaine :
1,5 à 2 millions
Le sein féminin..
Ils ont forgé l'espèce humaine.

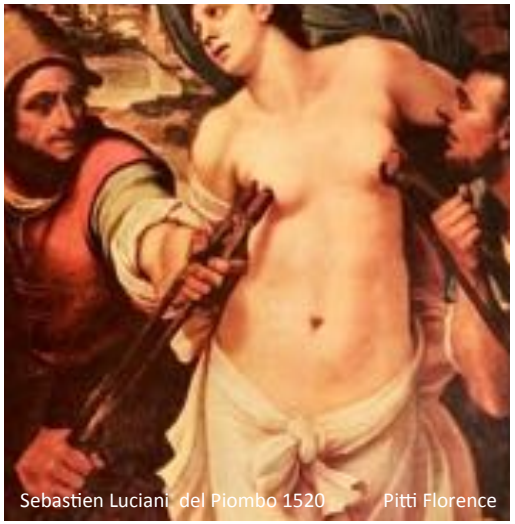
Vénus de Willendorf
(*24 000 ans*)

La poitrine hypertrophiée des vénus paléolithiques est au premier plan, sculptée dans un rituel de fécondité ou d'érotisme ?

D'après Jean Fouquet Loches

Le mot sein apparaît dans la langue française avec l'amour courtois au XIIème siècle.

A la Renaissance, la beauté jusque là d'ordre divin devient humaine.


Sebastien Luciani del Piombo 1520 Pitti Florence

Mais c'est aussi le temps des procès en sorcellerie et des tableaux de Sainte Agathe qui témoignent d'une violence inouïe contre la femme.

Ste Catherine d'Alexandrie Galatina

Aujourd'hui, le sein est marchandise

Octobre rose affiche son mépris de la femme et du corps féminin.

Business et mensonges.

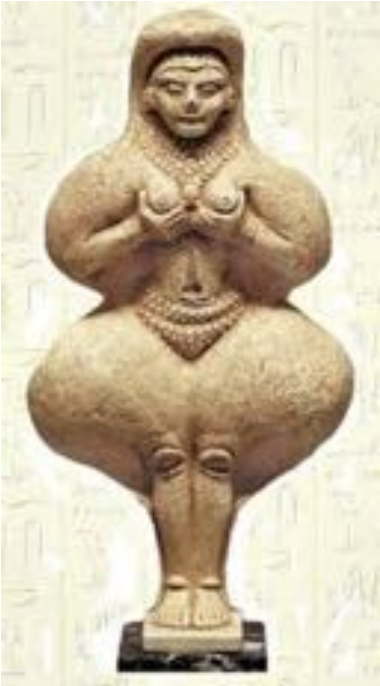
La femme a été au centre de l'activité humaine durant des millénaires

Paléolithique supérieur — Néolithique — Grèce archaïque etc…

La femme est au cœur de la vie — Les divinités sont des femmes — La descendance est matrilinéaire

C'est le temps des déesses mères

Dame aux léopards, Çatal Höyük (Turquie),
8e millénaire av. J.-C.
L'agriculture se développe.
La femme collecte le produit du travail et administre le bien commun.



Déesse mère
Vénération de la maternité (Civilisation mésopotamienne)
La femme et ses seins sont au devant de la scène.

Déméter : déesse de la fécondité, de la terre.

Dans la Grèce archaïque gentilice les divinités sont encore féminines.

Dans les sociétés matrilinéaires, la femme a la pleine disposition de son corps, elle n'a pas de mari, l'enfant n'a pas de père mais un oncle.

On en trouve encore de nombreuses traces dans le monde. Les Na, en Chine, en sont encore un exemple vivant.

Les termes matriarcat et patriarcat peuvent faire penser à une simple inversion des relations de pouvoir alors qu'ils concernent des sociétés radicalement différentes.

L'Antiquité est pour les femmes la descente aux enfers

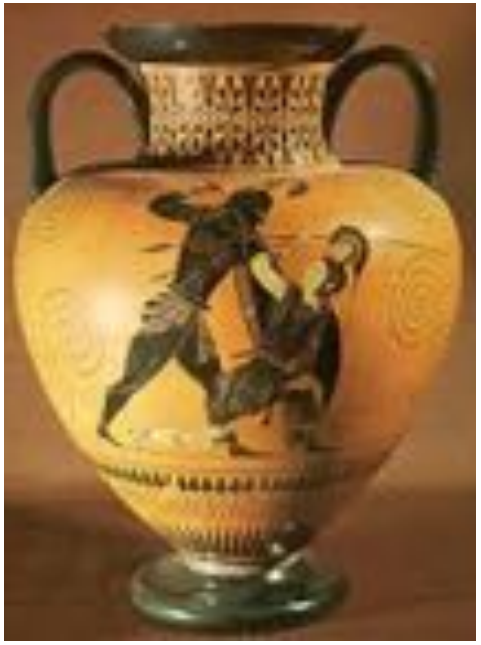
(De la descendance matrilinéaire à la descendance patrilinéaire)

Le patriarcat s'impose avec l'apparition de la propriété privée. La femme est soumise et perd son autonomie. Réduite à son utérus, elle assure la filiation qui concentre les outils et richesses accumulés par l'homme.

La situation sociale réciproque des hommes et des femmes résulte des outils qu'ils détiennent.

Zeus chasse de l'Olympe les divinités féminines.
La langue grecque à l'époque classique évolue :
«maître» prend la signification d'époux,
« domptée » devient l'épouse.
Asclépios (Esculape) remplace sa mère Coronis,
vue auparavant comme la mère de la médecine.

Avec le « patriarcat », le corps féminin est *voué à la découpe*, d'un côté l'utérus séquestré dans le gynécée de l'autre un corps consacré au plaisir avec l'hétaïrisme.



Une évolution douloureuse :
la mythologie et les contes populaires témoignent d'une lutte de plusieurs siècles entre matriarcat et patriarcat.

Achille, malgré son émotion, tue Panthésilée .

Le karkinos ou carcinome

- Le mot karkinos ou crabe apparaît avec Hippocrate (460- 370 av JC) pour désigner cliniquement un processus tumoral. Mais des descriptions de cancer du sein sont présentes bien avant, dès l'ancienne Egypte vers 2600 av JC.

- A partir du XIXe siècle sa définition *se réduit* à une simple image *ponctuelle* vue au microscope.

- Le cancer du sein a une place singulière parmi tous les cancers.

- C'est un des premiers identifiés car il siège dans un organe externe facilement accessible à l'examen clinique.

Présent dans les deux sexes, (1à 2 % chez l'homme), il est essentiellement féminin.

Papyrus Ebers
Imhotep
(2600 ans av JC)
La première description d'un cancer du sein

Le cancer du sein d'Atossa
Reine de Perse
a fait l'objet de commentaires
475 av JC

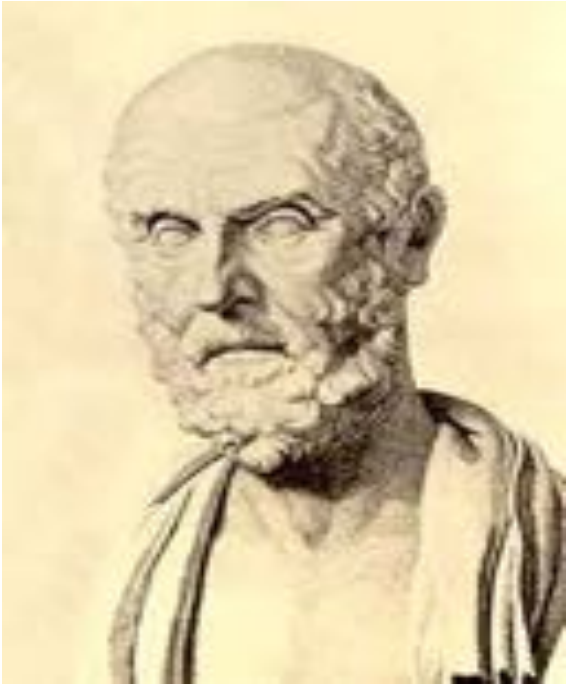
La médecine

L'Antiquité est aussi l'avènement de la médecine moderne.

Hippocrate (460-370 av JC) :

D'un côté, la révolution hippocratique :

La maladie n'est plus due à des forces surnaturelles. On observe et cherche dans le corps la cause des maux pour en déduire les traitements possibles.
Hippocrate met en garde sur ce qui peut paraître intuitivement évident.



Galien (129-216) et pour les 14 siècles suivants :

De l'autre, la médecine des hommes dans une société patriarcale voit la femme ainsi :
…"de même que, de tous les animaux, l'homme est plus parfait, de même dans l'espèce humaine, l'homme est plus parfait que la femme. La femme n'est « qu'un mâle à l'envers » un réceptacle, un vase vide,
le sperme retenu dans les testicules (féminins) de la femme est pauvre et froid incapable d'engendrer. **Le femme est tout juste bonne à abriter la semence masculine celle qui est réellement féconde**. »

Depuis l'Antiquité, une agressivité démesurée à l'égard du corps féminin.

Scène de mastectomie en 1668

« Des femmes poussent de tels cris qu'elles peuvent décourager le chirurgien le plus tenace et empêcher l'opération. Pour l'effectuer, le chirurgien doit être inébranlable et ne pas se permettre d'être troublé par les pleurs de la patiente. » (Lorenz Heister, un chirurgien du 18ème siècle)

Une violence inscrite dans une tradition bien établie :
« J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi » (la Genèse).

Code Napoléon 1804 :
« Les personnes privées de droits juridiques sont les mineurs, les femmes mariées, les criminels et les débiles mentaux ». « La femme et ses entrailles sont la propriété de l'homme »…

A la fin du XIXème siècle, l'institution médicale persiste et signe.

"La femme ne peut prétendre à parcourir sérieusement la carrière médicale (…) qu'à la condition de cesser d'être femme : de par les lois physiologiques, la femme médecin est un être douteux, hermaphrodite ou sans sexe, en tout cas un monstre. Libre maintenant à celle que tentera cette distinction de chercher à l'acquérir. » Lucas-Championnaire, Just, "article 9997" *J. méd. chir. prat.*, n° de **juin 1875**. p. 241-242

« Pour être médecin il faut avoir une intelligence ouverte et prompte, une instruction solide et variée, un caractère sérieux et ferme, un grand sang-froid, un mélange de bonté et d'énergie, un empire complet sur toutes ses sensations, une vigueur morale, et au besoin, une force musculaire. (…) Ne sont-elles pas au contraire de la nature féminine. » Richelot, G. *La femme-médecin*, Paris : E. Dentu, **1875**, p.43 et suiv.

C’est dans ce contexte qu’en 1894 Halsted, un chirurgien nord américain de renom, prétend obtenir la guérison grâce à une ablation élargie du sein.

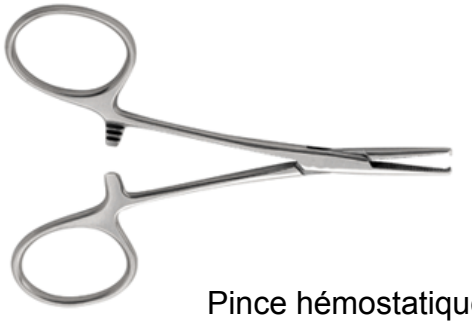
Il reprend le schéma classique d’une maladie d’organe à extension progressive locorégionale puis générale.
Une petite tumeur correspond à un diagnostic précoce synonyme de curable.

Tout retard de diagnostic porte préjudice à la patiente.

Le sein est l’organe idéal pour ce schéma : il est externe et non vital, ce qui paraît faciliter diagnostic et traitement.

Les progrès de la chirurgie à la fin du XIXème siècle aux quels participe Halsted permettent aux femmes de ne plus mourir sur la table d’opération.

Ainsi tout semble réuni pour vaincre le cancer du sein.



Pince hémostatique

gants

Halsted a poussé à l’extrême l’ablation du sein et de son environnement, réalisant une véritable mutilation avec de lourdes séquelles thoraciques et parfois un gros bras invalidant. Mais c’était le prix à payer pour guérir.

En 1894, William Halsted annonce trois récidives après 50 interventions soit un taux remarquablement bas, de 6 % seulement.

Avec l’annonce d’Halsted débute dans les pays industrialisés la généralisation de la chirurgie radicale comme traitement du cancer du sein.

Pour la conception halstédienne, qui est toujours la référence :

Lésion de petit volume signifie un diagnostic précoce.

Petit et précoce sont synonymes de curable.

La progression de la maladie est inéluctable et linéaire dans le temps :

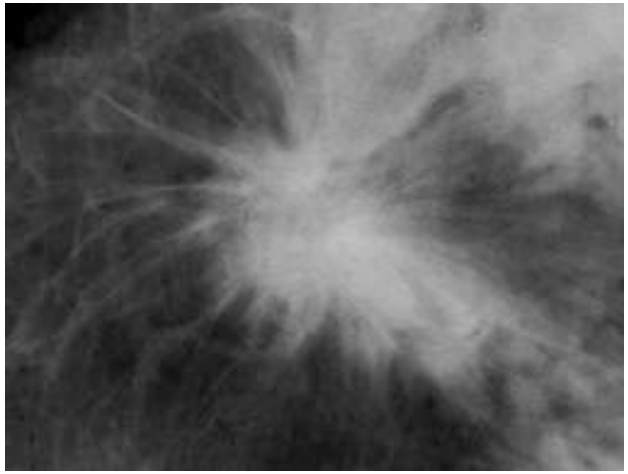
Cellule atypique > carcinome in situ > cancer invasif > métastases > décès

Le tout s'enchaîne par étapes successives.

Il faut donc interrompre au plus vite cette mécanique infernale.

L’arrivée de la mammographie dans les années 1950 / 60 devait donner le coup de grâce au cancer du sein en permettant de le diagnostiquer à son tout début, quand il est curable.

Il n ’y a plus qu’à … dépister !



« En montrant mes seins, j’ai protégé ma vie, faites comme moi, passez une mammographie »

D’autant que : DEUX EXPERIENCES DE DEPISTAGE RANDOMISEES sont censées avoir prouvé l’efficacité de la mammographie et ainsi validé le schéma halstedien de l’histoire naturelle de la maladie.

HIP, New-York, 1963.

Les Deux Comtés : Suède, 1985, 1997.

Les résultats publiés sont identiques :

- Baisse de la mortalité de 30% dans le groupe dépisté par rapport au groupe témoin chez les femmes de plus de 50 ans.

Au vu de ces résultats, il paraissait intuitivement évident que le dépistage du cancer du sein permettait un diagnostic plus précoce, par conséquent de meilleures possibilités de rémission, voire de guérison.

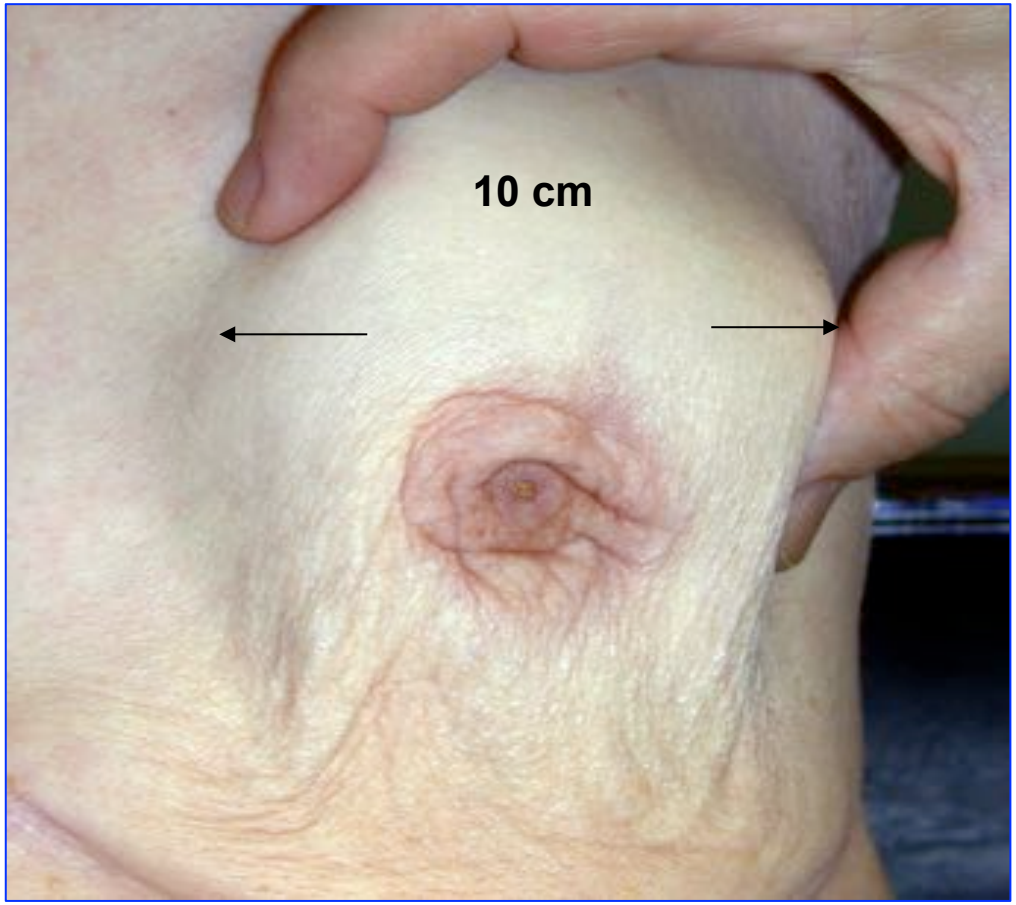
Le résultat attendu était une baisse drastique de la mortalité, l'éradication des formes évoluées et la diminution du nombre de mastectomies totales.

Les effets pervers du dépistage étaient considérés comme marginaux, compte-tenu des bénéfices attendus.

La réalité s'est révélée tout autre.

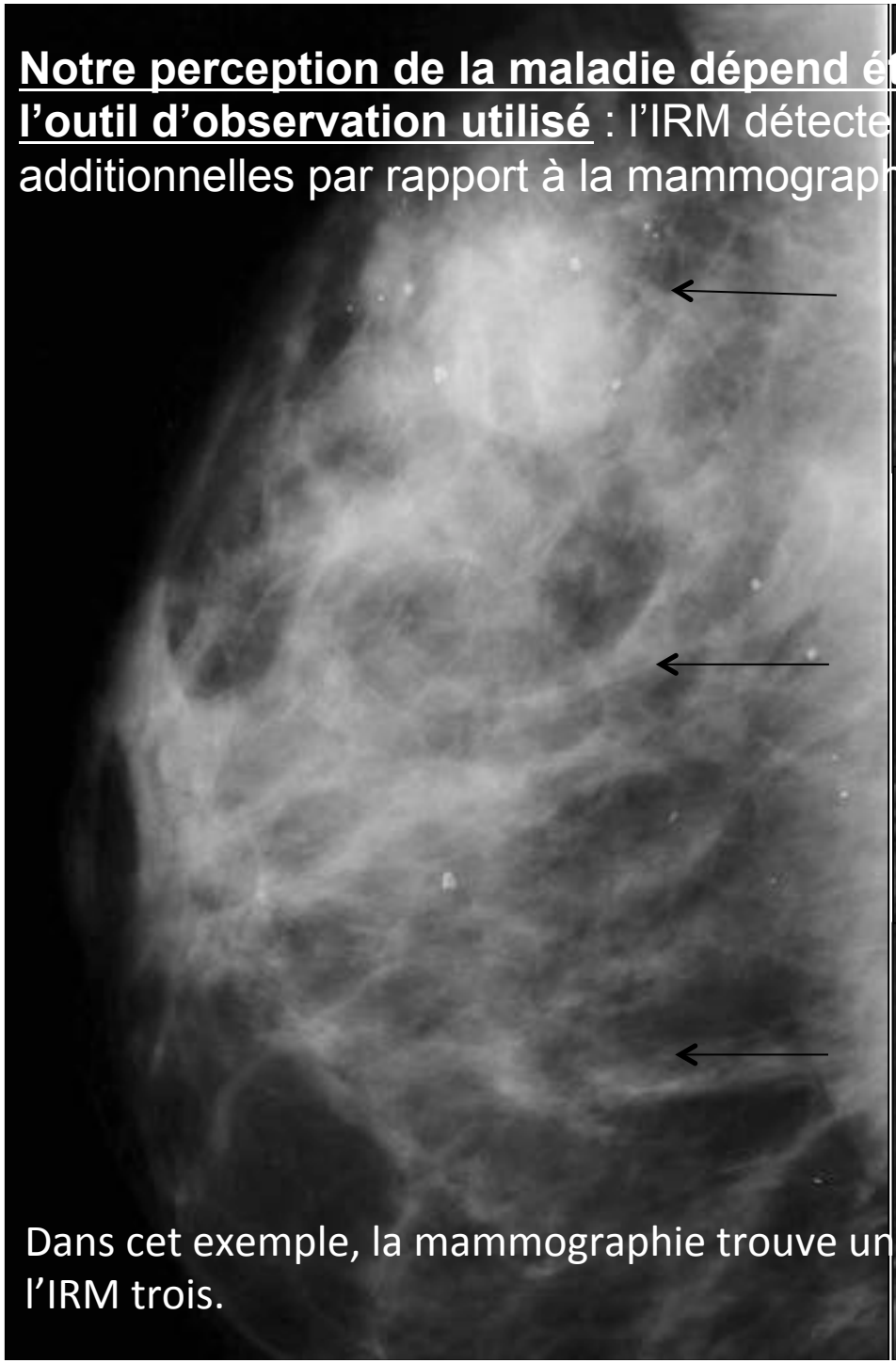
La mammographie n'est qu'un simple cliché sans préparation de parties molles
un examen surestimé à démystifier

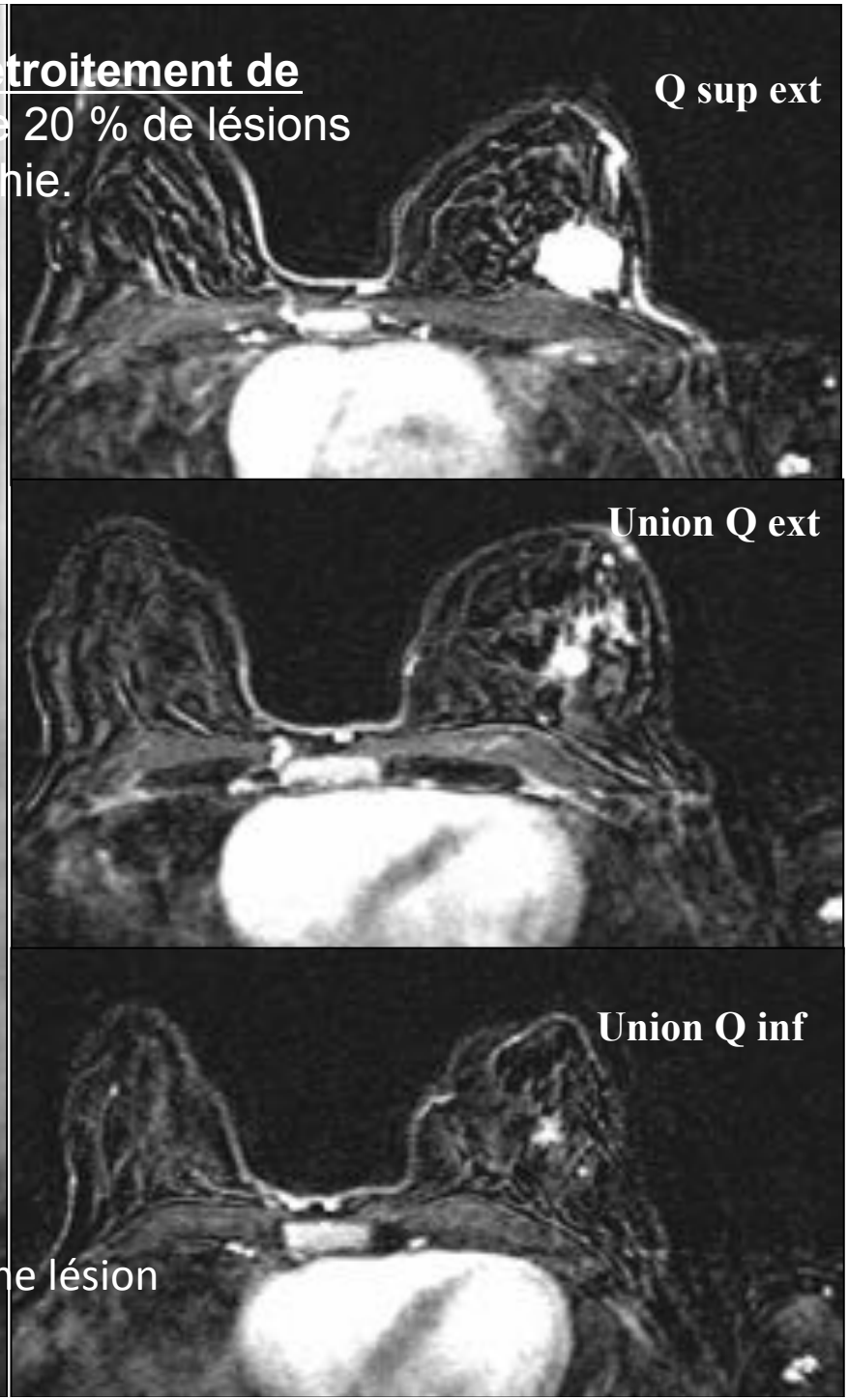
Les cellules cancéreuses ne se différencient pas des cellules normales en mammographie. Ce sont essentiellement des signes indirects liés à la réaction des tissus environnants qui font suspecter la malignité.
La mammographie ne détecte que certains cancers et la tomosynthèse n'y change rien.



Tumeur palpable de 10 cm sans traduction radiologique

<u>Notre perception de la maladie dépend étroitement de l'outil d'observation utilisé</u> : l'IRM détecte 20 % de lésions additionnelles par rapport à la mammographie.





Dans cet exemple, la mammographie trouve une lésion l'IRM trois.

En y regardant de plus près !

L'examen détaillé des interventions pratiquées par Halsted jusqu'en mai 1892, pour lesquelles le recul était d'au moins 2 ans, montre que 16 des 25 premières femmes opérées, soit 64 % avaient récidivé ou étaient mortes.

Contrairement aux affirmations d'Halsted, son intervention est un échec.

Il faut attendre les années 1970/80 pour que Fisher et Veronesi remettent en cause l'hypothèse d'Halsted par des études randomisées et avancent une hypothèse alternative :

Il n'y a pas d'ordre dans la dissémination de la tumeur.

Les variations de traitement n'affectent pas la survie.

Par ailleurs la pratique clinique nous enseigne que :

Petit ne signifie pas diagnostic précoce et n'implique pas obligatoirement bon pronostic.

Volumineux n'exclut pas diagnostic précoce.

L'efflorescence de diagnostics de cancer in situ ne s'accompagne pas d'une diminution du nombre de cancers invasifs .

Un cancer in situ peut être palpable.

En 40 ans, le délai entre deux dépistages n'a cessé de diminuer :
3 ans puis 2 ans en France et 1 an aux USA sans que les cancers de l'intervalle ne soient maitrisés.

La progression de la maladie n'est ni inéluctable ni linéaire. Aucun enchaînement mécanique n'existe entre les différents états : in situ, invasif etc… (stagnation et régression sont possibles)

En fait, les études randomisées n'apportent pas de preuve d'une baisse de mortalité liée au dépistage.

Le Lancet en 2000, la Cochrane en 2001 et 2011, Prescrire en 2006 et 2007 remettent en question la réalité d'une baisse de mortalité de 30 %.

La méthodologie des essais n'obéit pas aux critères de qualité actuels et aucun essai concluant en faveur du dépistage n'atteint le niveau acceptable quand on tient compte :

- De la méthode de tirage au sort,
- De la comparabilité des groupes,
- Des exclusions en cours d'étude après randomisation
- Du biais de classification des causes de décès en faveur des groupes dépistés

Le dépistage n'est pas associé à <u>une baisse prouvée de la mortalité par cancer du sein</u>

Décès par cancer du sein selon que le groupe
est invité ou non au dépistage par mammographie après 7 ans

<u>Résultat des 3 essais contrôlés les plus fiables</u>
(Ces résultats sont confirmés à 25 ans)

Malmö : n = 42283 ; Canada I : n= 50430 ; Canada II : n= 39405

Etude et référence	*Invitation à une mammographie*	
	oui	*non*
Malmö [Andersson I, BMJ 1988]	44	38
Canada I [Miller AB, CMAJ 1992]	38*	28
Canada II [Miller AB, CMAJ 1992]	38	39
Total, 7 ans	**120**	**105**

Soit 15 décès par cancer du sein de plus dans le groupe dépisté

* Un audit a confirmé ces résultats **: pas de biais [<u>Bailar JC CMAJ 1997</u>]**

Les deux études de référence en faveur du dépistage ne sont pas fiables.

Results of the Two-County trial of mammography screening are not compatible with contemporaneous official breast cancer statistics in Sweden .
Dan. Med. Bull. **2006** ; 53 : 438-40.

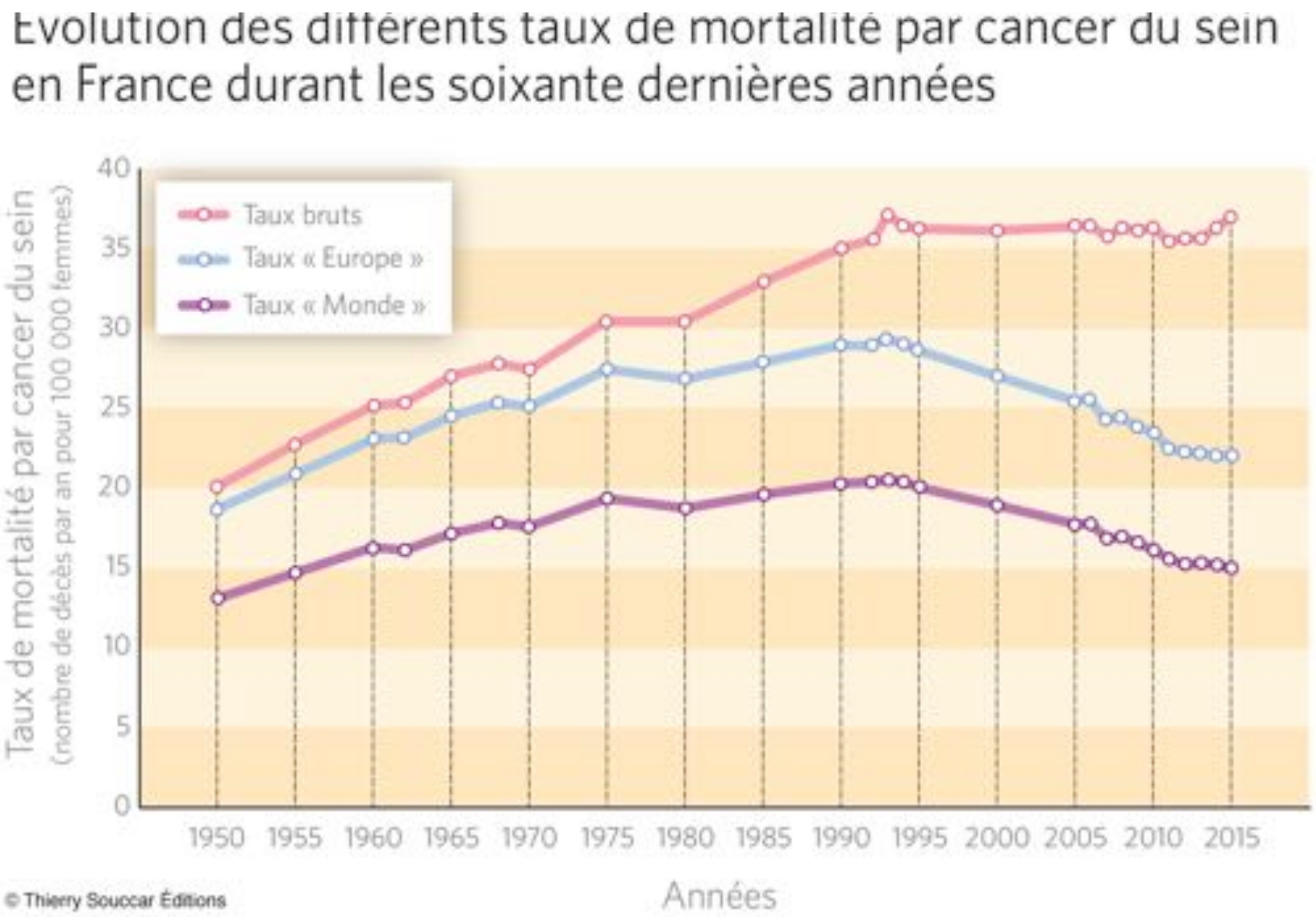
ZAHL PH et coll

Ces chercheurs montrent notamment que les résultats publiés concernant l'essai des Deux Comtés sont incompatibles avec les données du fichier national suédois !
« Par rapport aux statistiques officielles suédoises, nous avons constaté que 192 cas de cancer du sein et 43 décès par cancer du sein semblent ne pas figurer dans la publication principale de l'essai des Deux-Comtés ».
« En 1992, Tabar et ses collègues ont signalé 465 décès par cancer du sein dans le groupe d'âge des 40 à 74 ans, soit 16 de moins que le nombre indiqué dans l'aperçu des essais suédois » etc..

Catherine Riva et coll font état en 2012 dans The Lancet des liens d'intérêts de László Tabár, instigateur et investigateur des essais suédois.

De fait, aucun des objectifs du dépistage n'a été atteint :

1) Le dépistage ne provoque pas de baisse de mortalité



Les taux de mortalité n’ont pas cessé d’augmenter jusqu’aux années 90 malgré le dépistage.

Des années 1950 aux années 80, avant le dépistage organisé, la taille des tumeurs au moment du diagnostic était déjà passée“ de la prune au noyau” alors que les taux de mortalité ne cessaient de croître.

Malgré l’introduction du dépistage à partir des années 80, les taux de mortalité ont constamment augmenté jusqu’en 1993.

A ceux qui s’extasient devant la baisse de mortalité amorcée depuis les années 90, il faut rappeler que les taux de mortalité actuels sont comparables à ceux des années 50 et que cette baisse ne peut pas être imputable au dépistage.
En effet :

Le dépistage n'est pas responsable de la baisse de mortalité actuelle.

- De nombreuses études confirment l'absence de lien entre l'activité mammographique et la baisse de mortalité par cancer du sein :

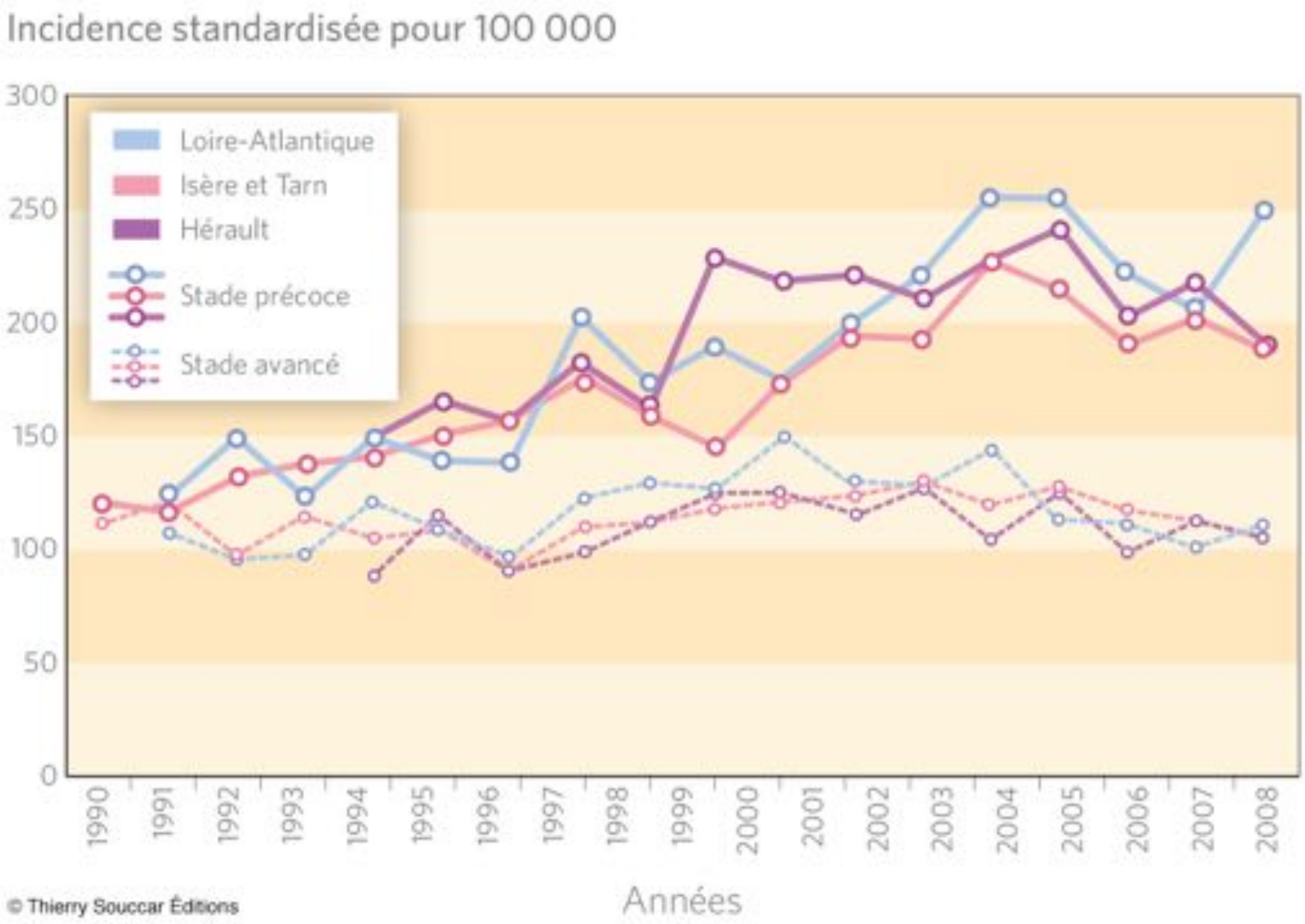
  - Norvège (Kalager, NEJM 2010) régions avec / sans dépistage
  - Danemark (Jorgensen, BMJ 2010) régions avec / sans dépistage
  - Europe (Autier, BMJ 2011) trois paires de pays avec / sans dépistage
  - France (Junod, BMC Cancer 2011) avant / après dépistage

Une étude réalisée aux Etats Unis par une équipe de l'université Harvard à Cambridge auprès de seize millions de femmes suivies pendant dix ans entre 2000 et 2010 dans 547comtés montre que l'extension du dépistage ne s'est pas accompagnée d'une baisse de la mortalité spécifique.

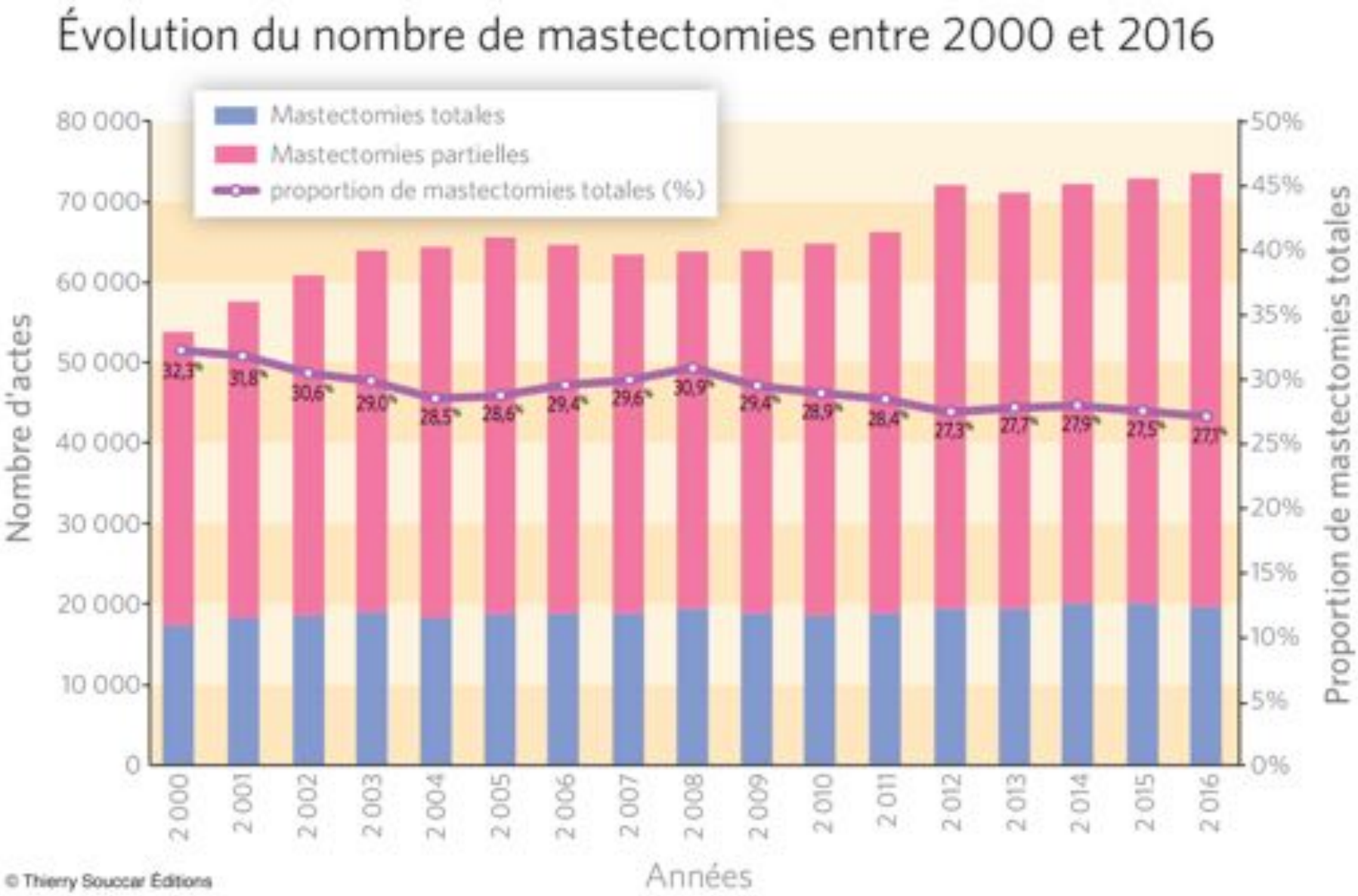
P. Autier confiait au Monde fin octobre 2011 :

« Quand j'ai commencé à travailler sur ce sujet, j'étais convaincu que le dépistage était efficace. Mais, manifestement, il y a un décalage entre les résultats des essais et ce qui est observé dans les populations. »

2) Le dépistage ne diminue pas le nombre des formes évoluées

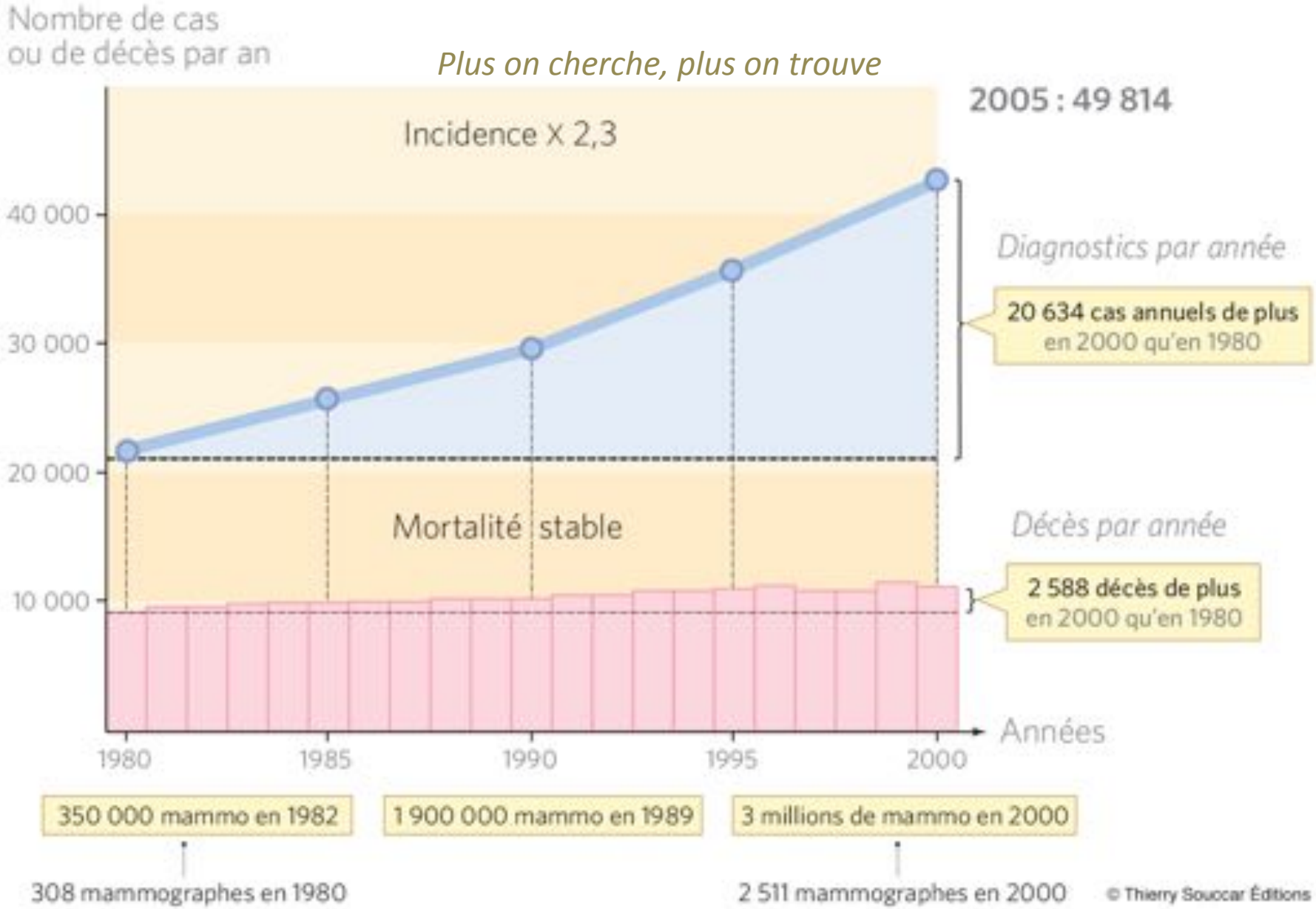


3) Le dépistage ne diminue pas le nombre de mastectomies totales



Aucun des objectifs du dépistage n'a été réalisé.

Non seulement le dépistage se révèle inefficace mais en plus il est contre productif.



Epidémie ou surdiagnostic

L’hypothèse d’une épidémie ne tient pas

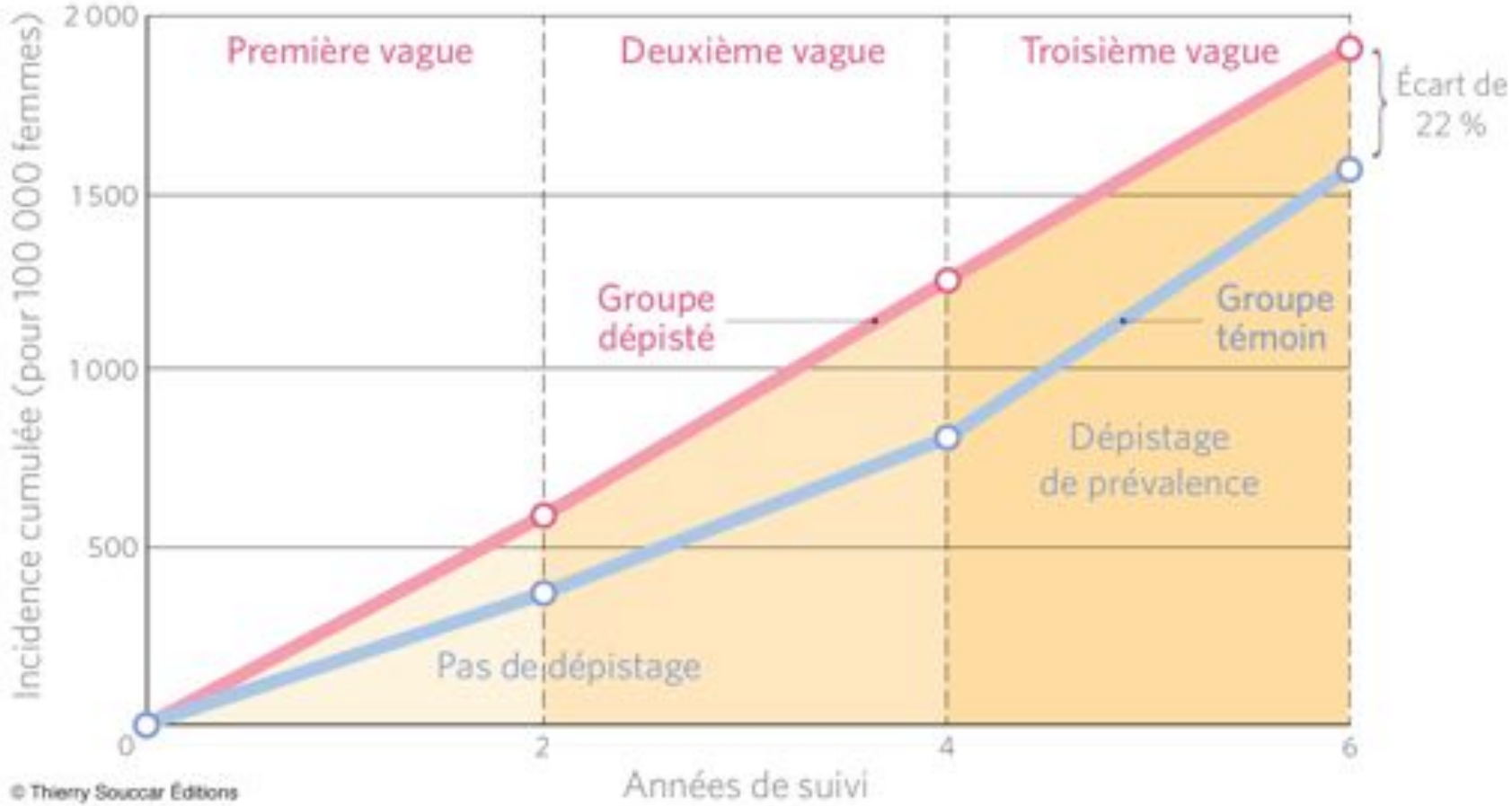
Si cet accroissement continu des nouveaux diagnostics annuels correspondait à une épidémie de cancers à évolution létale, il faudrait alors que la réduction de mortalité grâce au dépistage soit considérable,

(on aurait un cancer guéri pour un décès en 1980 et trois cancers guéris pour un décès en 2000).

Ni les résultats les plus optimistes des essais contrôlés concernant la réduction de mortalité, ni les progrès thérapeutiques durant cette période ne peuvent soutenir cette hypothèse.

Comment expliquer ce phénomène de ciseaux entre l’incidence qui augmente considérablement et la mortalité qui reste quasiment stable ?

Un invité surprise s'est installé à l'insu de tous à la table du dépistage : le surdiagnostic



Le surdiagnostic correspond à des cancers « en excès » qui sont d'autant plus nombreux que le dépistage est plus intense.

Exemple (Oslo 2006) : le taux cumulé de cancers est de *22 % plus élevé* dans le groupe dépisté tous les deux ans par rapport à un groupe dépisté une fois au bout de 6 ans.

Le cancer surdiagnostiqué est un *vrai cancer* au regard de notre définition actuelle du cancer, qui est basée uniquement sur l'histologie de la tumeur. Mais son évolution est atypique ou occulte par rapport au schéma attendu.

Dans le contexte de nos connaissances actuelles, ce n'est pas une erreur de diagnostic, c'est un diagnostic correct mais sans utilité pour la patiente.

Réalité du surdiagnostic

Sa réalité est mise en lumière par l'épidémiologie en comparant des populations soumises à un dépistage d'intensité variable.

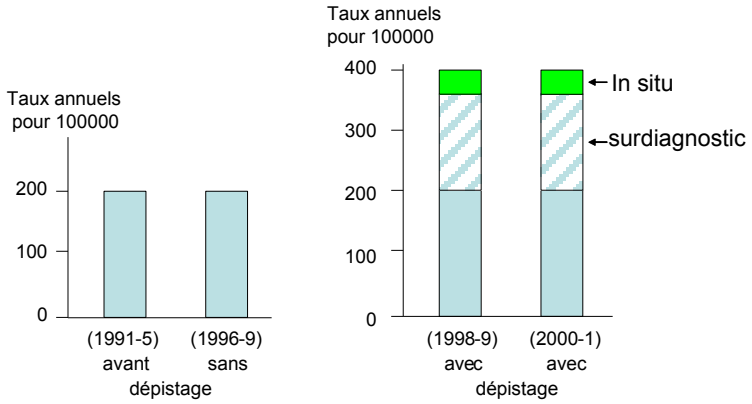
En Norvège, on dispose d'un suivi individuel précis de chaque femme. On sait à quelle fréquence chacune a été examinée par mammographie.

En comparant celles examinées à intervalle régulier aux autres, on constate que la mortalité par cancer du sein cumulée sur plusieurs années est la même dans les deux groupes.

Par contre, *le nombre de diagnostics* de cancer est d'autant plus élevé que les femmes ont eu plus souvent une mammographie de dépistage.

Surdiagnostic dans le programme de dépistage norvégien du cancer du sein

Per H. Zahl, Jan Maehlen – Frontiers in Cancer Prevention Research (2004)



Le concept de surdiagnostic est étayé par le résultat d'autopsies systématiques et d'interventions de réduction mammaire à but esthétique. La proportion de femmes porteuses de cancers asymptomatiques y est beaucoup plus importante que prévu.

110 autopsies systématiques
(étude de Nielsen, Danemark, 1987)

La mammographie et l'étude anatomo pathologique des seins de femmes âgées de **20 à 54** ans sans antécédent de pathologie mammaire montrent :

20 % de lésions malignes dont 2% d'invasives, (20 pour 1000).

7 % d' hyperplasie atypique,
37 % de cancers du sein entre 40 et 54 ans,
39 % de cancers du sein entre 40 et 49 ans.

Le réservoir du surdiagnostic est immense.

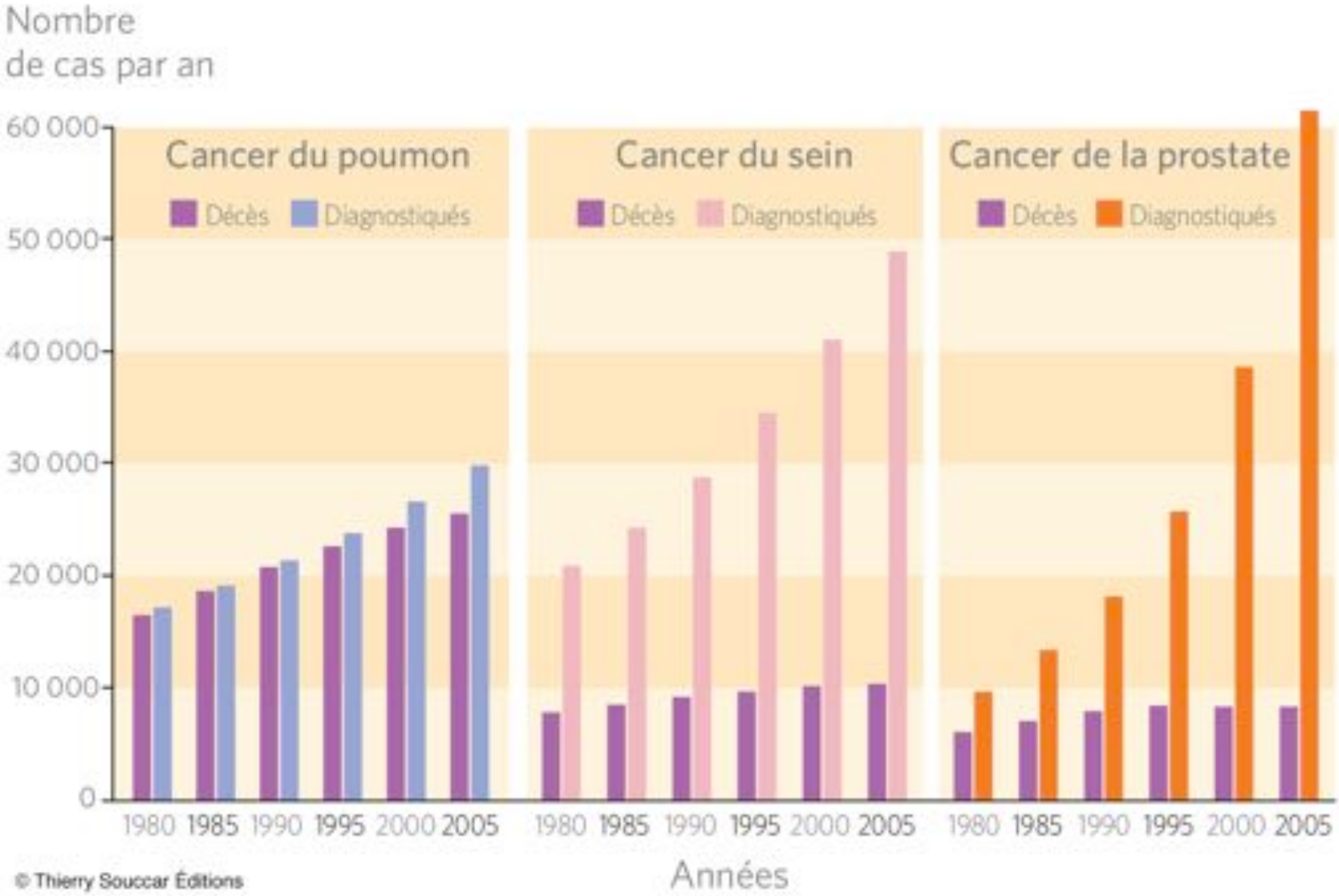
problème !

Le surdiagnostic n’est identifiable ni par le radiologue, ni par le soignant ni par l’anatomopathologiste, ni par la patiente. Pour eux, il n’y a que des diagnostics.

Le surdiagnostic explique pourquoi malgré le succès apparent des traitements le dépistage ne provoque pas de réduction de la mortalité en population.

Avec le surdiagnostic, le dépistage est devenu une entité autonome qui s’auto alimente de bien portantes soumises à un marché en pleine extension où les conflits d’intérêts dominent le débat “scientifique”.

Évolution de l'incidence et de la mortalité pour trois cancers
(en France, de 1980 à 2005)



© Thierry Souccar Éditions

L'augmentation apparente de l'incidence est essentiellement due au surdiagnostic, même si des facteurs environnementaux interviennent également.

- Les toxiques mutagènes, les perturbateurs endocriniens, les traitements comme le THS, l'obésité, l'alcool, la charcuterie, la viande rouge… induisent une augmentation des lésions tumorales.
  Parmi ces lésions, toutes ne seront pas des cancers maladies mortelles mais elles déterminent depuis des décennies une croissance *progressive* de l'incidence.

- Par contre, avec l'introduction du dépistage on constate une augmentation *brutale* et vertigineuse du nombre des cancers qui est liée au surdiagnostic.

Quantification du surdiagnostic attribuable au dépistage par mammographie

dans les programmes organisés

- 1) Méta analyse des données collectées à partir des 5 programmes de dépistage organisé les mieux documentés pour permettre l'estimation quantifiée.
  Etude des tendances de l'incidence du cancer du sein avant et après introduction du dépistage :

  Les données ont été recueillies sur des périodes d'au moins 7 ans avant et 7 ans après mise en place du dépistage pour que l'estimation ne soit pas faussée par le pic de prévalence à l'introduction du dépistage.
  Ont été inclus des groupes d'âge dépistés et non dépistés.

L'augmentation de l'incidence du cancer du sein est étroitement liée à l'introduction du dépistage et peu de cette hausse est compensé par une baisse d'incidence chez les femmes plus âgées préalablement dépistées.

L'augmentation de l'incidence des cancers du sein attribuable au dépistage organisé est estimée à :

- **52 %** (IC = 95 %, 46 à 58 %) quand les **in situ sont inclus,**
- **35 %** (IC = 95 %, 29 % à 42 %) quand **seul le carcinome infiltrant** est pris en compte**.**

- 2) Autre étude : Zackrisson S et coll : Rate of overdiagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial : follow up study BMJ 2006 332 : 689-692

Surdiagnostic évalué à **48,3 %** chez les femmes de 35 à 84 ans et à 38,6 % si on exclut les in situ.

- 3) Confirmation par une étude plus récente : Philippe Autiera, Mathieu Boniola, Mammography screening : A major issue in medicine ☆European Journal of Cancer Volume 90, February 2018, Pages 34–62.
Surdiagnostic : **52%** des cancers dépistés seraient surdiagnostiqués.

Le surdiagnostic mystifie le médecin

La confusion entre taux de létalité et taux de mortalité masque la réalité du surdiagnostic et égare le clinicien.

Taux de létalité : nombre de décès *rapporté au nombre de diagnostics* de cancer du sein.

L'augmentation de l'activité diagnostique (dépistage) induit une augmentation des cas prévalents et du surdiagnostic noyé dans la masse des diagnostics, contribuant ainsi à la diminution du taux de létalité.

C'est la perception qu'a le clinicien de la maladie **chez un individu**.

Taux de mortalité : nombre de décès *rapporté à l'ensemble de la population.*

C'est ce qui mesure vraiment l'efficacité d'une opération de santé publique.

C'est la perception qu'a l'épidémiologiste de la maladie **en population**.

Faits observés en France
Evolution temporelle (1980 – 2005)

Taux pour 100 000 femmes de 35 ans et plus
Population standard : France 1992

	1980	2005
Incidence (cancer du sein invasif)	*153.1*	*269.1*
Létalité en % (= mortalité / incidence)	**39.4 %**	**22.6 %**
Mortalité par cancer du sein	*60.4*	*60.8*

Bernard Junod

Le surdiagnostic mystifie les femmes

Les femmes surdiagnostiquées ne peuvent être identifiées et donc remettre en question leur surtraitement et ses conséquences néfastes.

Au contraire, *guéries car non malades*, ces femmes sont souvent, de fait, le fer de lance des pro-dépistages alors qu'elles en sont doublement victimes, dans leur chair et dans leurs illusions qui les portent à défendre les responsables de leur malheur.

Le dépistage a des effets délétères inacceptables

- Le dépistage du cancer du sein **génère de la maladie** chez des femmes bien-portantes, ce qui est un comble pour une opération de santé publique.

- Les cancers surdiagnostiqués engendrent un **surtraitement intolérable** du fait des effets secondaires majeurs qu'il peut occasionner.
  (Les essais cliniques sont testés essentiellement chez des hommes. Or, quel que soit le principe actif testé, les femmes présentent deux fois plus de risques d'effets secondaires que les hommes.)

- Les cancers surdiagnostiqués **augmentent** le nombre de **femmes** considérées comme **à risque** et impactent aussi leur descendance**.**

- Le surdiagnostic est par ailleurs **pourvoyeur d'illusions**. C'est parce qu'il est plus fréquent parmi les petites tumeurs sans envahissement ganglionnaire qu'il donne l'illusion de l'efficacité d'un diagnostic précoce, du dépistage et des traitements. Il désoriente la recherche.

- Le dépistage est la source d'une **irradiation inutile et dangereuse**.

Le surdiagnostic est à l'origine d'une désinformation récurrente

- L'information déséquilibrée concernant le dépistage du cancer du sein a pour conséquences des idées erronées sur ses effets.
  Une étude portant sur des femmes américaines et européennes a montré que :
  68 % d'entre elles croyaient que le dépistage réduisait leur risque d'être atteintes,
  62 % que le dépistage réduisait au moins de moitié la mortalité
  75 % que 10 ans de dépistage sauvaient 10 participantes sur 1000
  (surestimation de 20 fois dans le meilleur des cas).

- Une autre étude a montré que seules 8 % des femmes interrogées étaient conscientes que la participation au dépistage pouvait nuire à des femmes en bonne santé.

- Il y a conflit d'intérêt quand ceux qui sont chargés de fournir l'information sont responsables du succès du programme de dépistage.

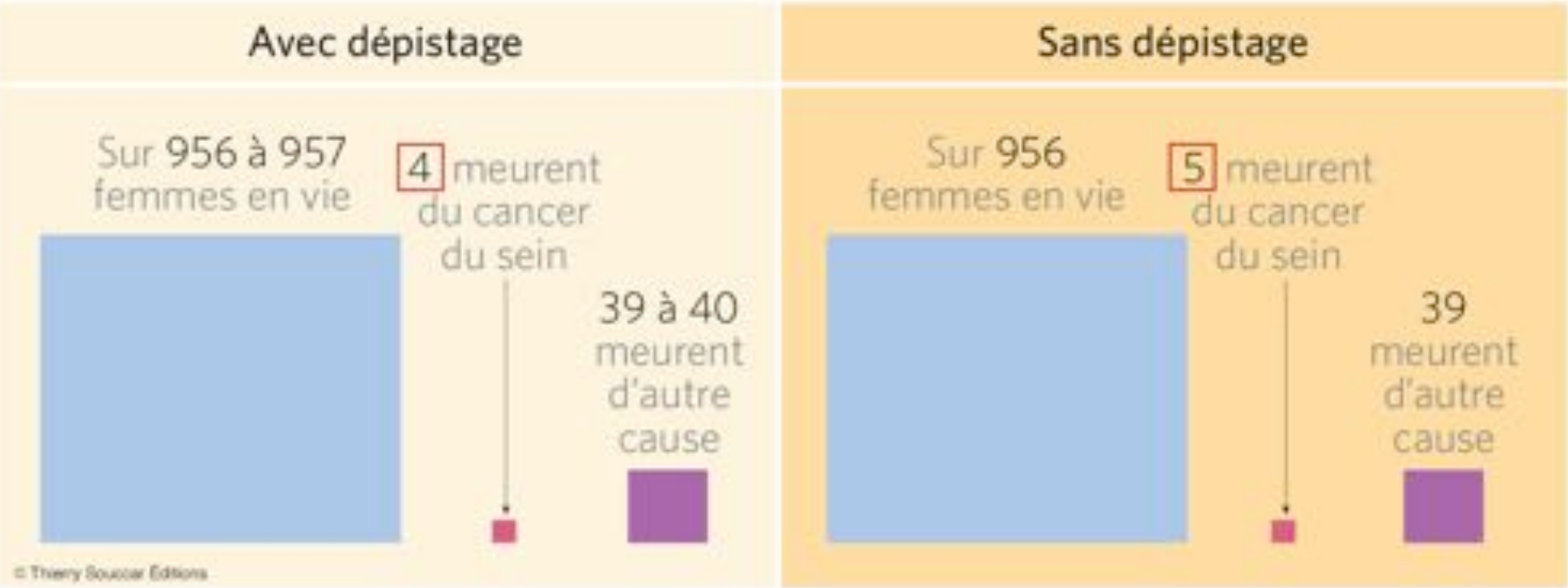
« **Le mensonge et la crédulité s'accouplent et engendrent l'opinion** ».

Paul Valéry

« En montrant mes seins, j'ai protégé ma vie, faites comme moi, passez une mammographie »

Désinformation : l'art de manipuler l'opinion

Dire que le risque de mourir d'un cancer du sein baisse de 20 % chez les femmes dépistées par rapport aux non dépistées ne veut pas dire qu'une femme sur 5 aura un bénéfice à se faire dépister. L'information quant au bénéfice réel que la femme va tirer du dépistage n'a de sens qu'après conversion de la variation du risque relatif en variation du risque absolu de mourir d'un cancer du sein en l'absence de dépistage.



N. Biller-Andorno, P. Juni, Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med*, 370

Quel est donc le bénéfice pour une femme de se faire dépister ? Sur les 1000 femmes qui se feront dépister, 1 seule sera sauvée dans le meilleur des cas (5 décès – 4 décès). Si on l'exprime en pourcentage, cela donne donc 1/1000 soit **0.1%** (beaucoup moins alléchant que 20 % !)

L’art de manipuler l’opinion

Il est intéressant de transposer le risque relatif de mourir d’un cancer du sein dans des situations plus familières. Ainsi, dans son livre « Penser le risque » Gerd Gigerenzer note :
« on peut dire que passer une mammographie annuelle de dépistage en admettant que cela engendre une diminution de 25 % du risque relatif, présente à peu près les mêmes effets sur l’espérance de vie que le fait de diminuer la distance parcourue en voiture chaque année de 500 km. »

.

L’art de manipuler l’opinion

- D’autre part, **l’effet global du dépistage sur la mortalité** est **plus complexe** que ce que mesure l’étude de **la mortalité spécifique** par cancer du sein.

- Dans la mortalité par cancer du sein ne sont pas comptabilisés **les décès induits** par le dépistage, dus à des accidents chirurgicaux ou anesthésiques, aux complications de la chimiothérapie et de la radiothérapie comme par exemple les atteintes cardiovasculaires et les cancers radio-induits.

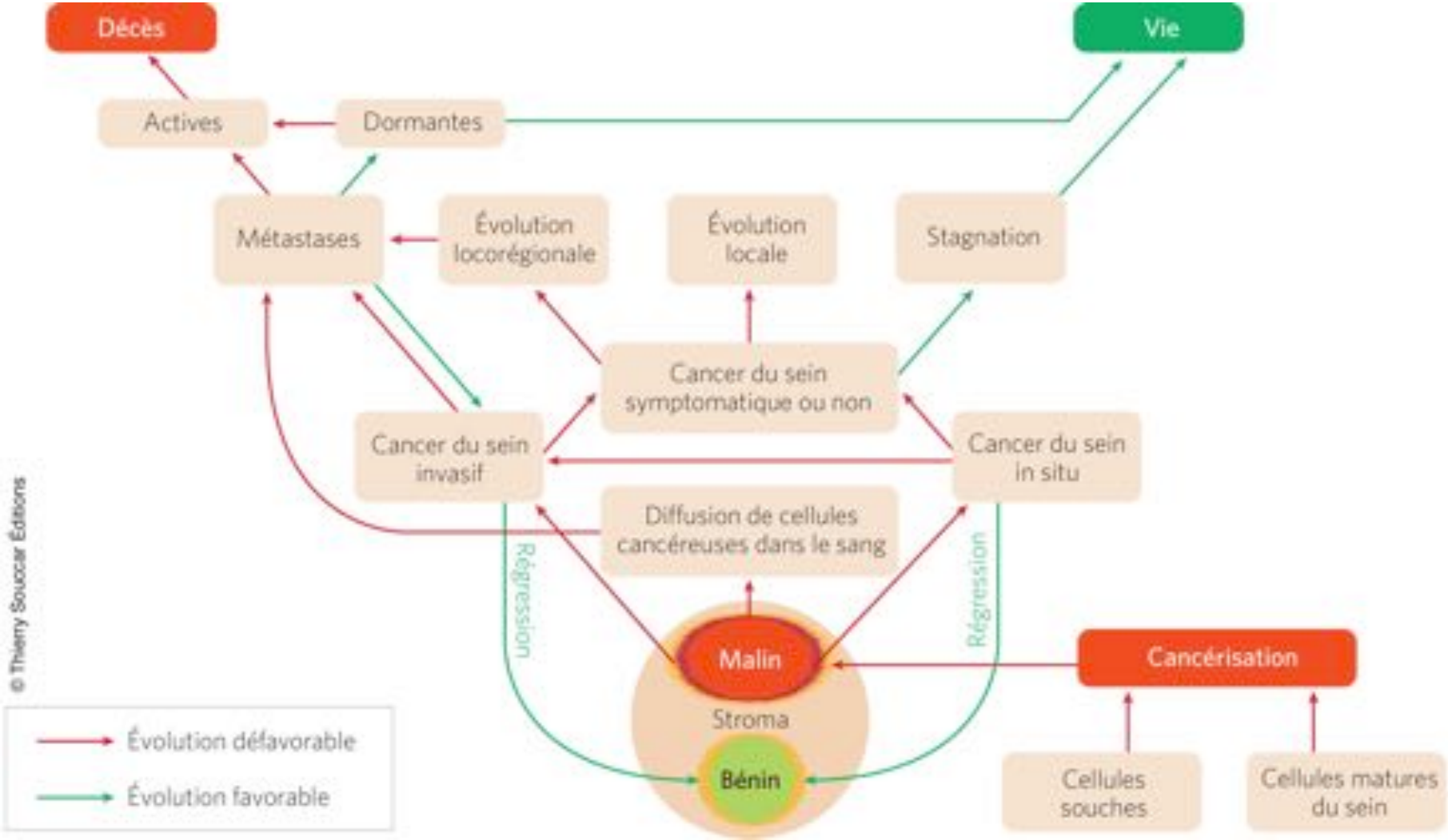
- Etudier **la mortalité globale permet d’inclure tous les effets**, attendus et inattendus néfastes, du dépistage. Le rapport bénéfices / risques du dépistage est ainsi clairement défavorable.

Le schéma halstédien de l’histoire naturelle des cancers du sein n’est pas le bon. L’évolution mécanique et linéaire dans le temps est contredite par les faits. Il n’y a pas de flèche unidirectionnelle conduisant inéluctablement à la mort.

Aujourd’hui, la seule chose qu’on sait est qu’on ne sait pas.

Cela devrait amener le corps médical a plus de modestie, à être moins péremptoire dans ses indications diagnostiques et thérapeutiques et à cesser de médicaliser à outrance des bien portantes sous prétexte qu’elles sont des malades potentielles.

L'heure est aux hypothèses alternatives



La tumeur ne se réduit pas aux seules altérations génomiques, elle est aussi le produit d'interactions avec le milieu, qui s'enchevêtrent à tous les niveaux, conduisant soit à la continuité de la vie, à des régressions des anomalies soit à la mort. C'est un buisson de possibilités.

Comment se sortir du bourbier où le dépistage de masse a conduit les femmes

- **En amont du dépistage**,

répondre à la question « dois-je participer ou non au dépistage ? » est facile aujourd'hui.
La question est posée dans un climat de sérénité par des femmes a priori en bonne santé.
Elles peuvent consulter une abondante littérature qui montre que le dépistage *mammographique ou par autopalpation* est à la fois inefficace et délétère.

- **En aval du dépistage**,

comment aider les femmes chez lesquelles un cancer a été diagnostiqué ?
On ne sait pas si leur cancer est ou non surdiagnostiqué. Dès lors qu'il est diagnostiqué, la médecine n'offre rien d'autre dans le contexte actuel que traiter et éventuellement surtraiter en prenant le risque d'effets secondaires majeurs (alors que de nouvelles pratiques sont éthiquement possibles dès lors que le concept de surdiagnostic est reconnu).

Pour éviter d'admettre leur échec, les promoteurs du dépistage prétendent sans cesse l'améliorer sans remettre en question sa légitimité.
Or, **plus on améliore le dépistage, plus il devient pervers**.
Le problème n'est pas dans la forme mais dans le fond.

- Et si l’énergie déployée aujourd’hui dans les campagnes de sensibilisation au dépistage était utilisée dans l’effort d’une compréhension nouvelle de la maladie …

- La maladie n’a que faire des règles qui lui ont été prescrites depuis plus d’un siècle par une médecine incapable de répondre aux questions les plus élémentaires :

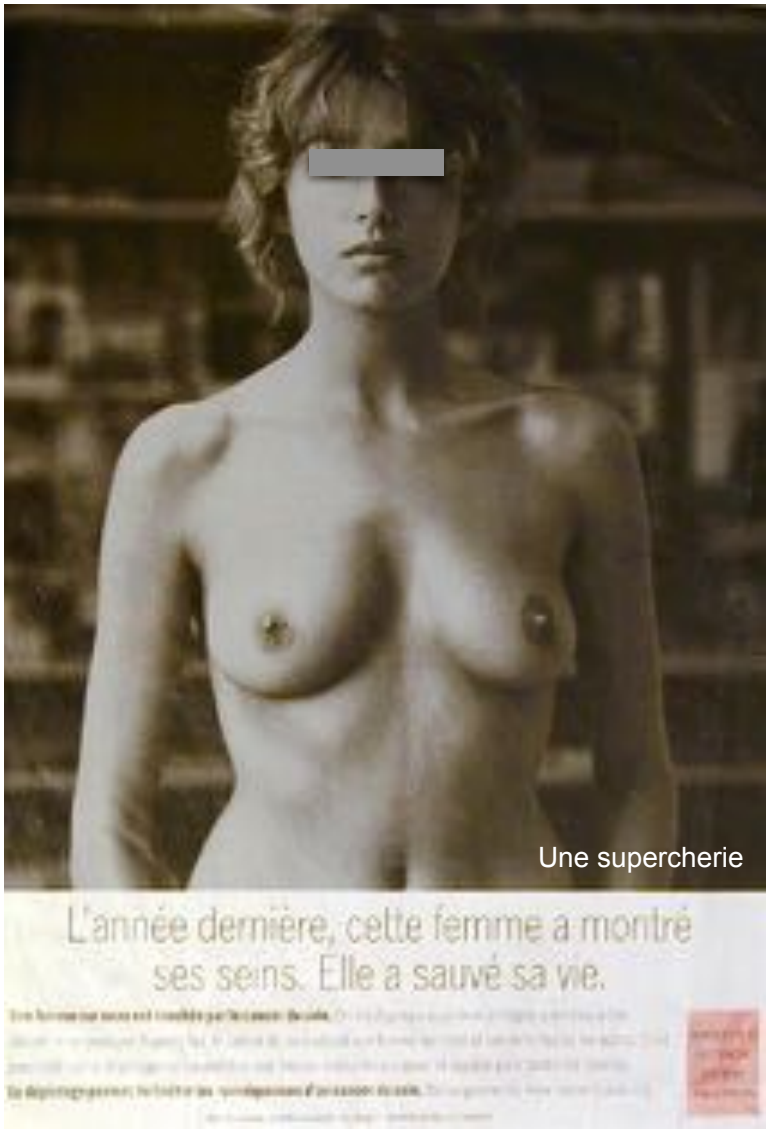
  - Qu’est-ce qu’un cancer, comment le définir ?
  - Où est la maladie mortelle et où est l’anodine qu’il ne faut pas détecter ?
  - En étant porteur de cellules cancéreuses, à partir de quand est-on malade ?

Trois attitudes face au schéma halstédien et au surdiagnostic

Fuite

Perplexité

Combat



En fait, on devrait dire : *cette femme a montré ses seins, on a confisqué sa santé, gâché sa vie, fait d'elle une marchandise*
car dans le meilleur des cas :

sur **2000** femmes dépistées pendant 10 ans :

1 verra sa vie allongée.

10 seront traitées inutilement et **plus d'une** mourra des suites de son diagnostic.

200 seront inquiétées par un faux positif.