



NOS VIES SANTÉ

CANCER DU SEIN

UNE MAMMOGRAPHIE TOUS LES 2 ANS, C'EST TROP ?

En France, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à faire une mammographie de façon régulière. Pourtant, ce dépistage du cancer du sein n'a jamais fait la preuve de son efficacité. Pire, des études pointent, depuis 2000, une hausse des surdiagnostics et, par conséquent, des surtraitements. Le radiologue Bernard Duperray appelle à un changement de paradigme.

C'est à n'y rien comprendre. Comment se fait-il que le dépistage organisé (DO) du cancer du sein – invitant les femmes entre 50 et 74 ans à faire une mammographie tous les deux ans – ne soit pas abandonné ? Toutes les données accumulées montrent l'incapacité du DO à réduire la mortalité par cancer du sein et, a contrario, sa surcapacité à dépister des petites tumeurs qui ne deviendront jamais des « cancers-maladies » – comme le renomme justement Cécile Bour, radiologue et présidente de Cancer rose (voir ci-contre « S'informer »). Comment se fait-il, donc, que le DO persiste ? Ou, pour reprendre les mots du Britannique Michael

Baum, oncologue spécialiste du cancer du sein (1) et auteur de nombreuses études, « que faut-il faire de plus pour qu'on arrête ce dépistage alors que ses effets délétères surpassent ses hypothétiques bénéfiques ? ».

PROMESSE NON TENUE

« La promesse de réduire la mortalité par cancer du sein n'a pas été tenue », constate le Dr Bernard Duperray, auteur de « Dépistage du cancer du sein. La grande illusion » (voir ci-contre), et cela est démontré dans toutes les études entreprises dans les pays qui ont mis en œuvre le DO du cancer du sein par mammographie. Quand la mortalité par can-

cer du sein baissait (dans des études comparant un groupe de femmes dépistées et un groupe de femmes non dépistées, comme au Danemark, au Canada, mais aussi aux Pays-Bas ou encore en Suisse), la mortalité chez les femmes de 55 à 74 ans baissait davantage dans le groupe des femmes non dépistées (2 % contre 1 %).

Les chiffres de la mortalité par cancer du sein en France n'ont pas varié, comme le rappelait l'« HD » (10 novembre 2016), depuis les années 1970. Mais ceux qui font profession de vendre le dépistage expliquent doctement depuis des années que si les taux de mortalité sont stables, c'est qu'on soigne beaucoup plus... bref le nombre de cancers augmente, mais si on ne les guérissait pas, ce serait une hécatombe. Autant dire une épidémie qui suit surtout la hausse du nombre d'équipements de radiogra-

phie (de 308 mammographes en 1982 à 2511 en 2000), quand dans le même temps on passe de 350 000 mammographies annuelles à 3 millions, et, en conséquence, on aboutit à un quasi-doublement de « cas » annuels (21 387 en 1980, 42 696 en 2000). « Comme si l'image signifiait la maladie, on confond le signe et le signifié », poursuit Bernard Duperray.

CELLULES CANCÉREUSES NE VEUT PAS DIRE MALADIE

Car on détecte des « tumeurs de plus en plus petites, de moins d'un centimètre », souligne Cécile Bour, qui décortique les études scientifiques publiées sur le site cancer-rose.fr. « Et on oublie que tout le monde fabrique chaque jour des cellules cancéreuses. Si l'on passait à un scanner le corps entier à un instant T, on découvrirait des tumeurs à différents endroits, qui dispa-

ET POURTANT...

En 2015, une concertation citoyenne s'est tenue sous l'égide du ministère de la Santé pour faire face à la fronde contre le dépistage organisé. En dépit des conclusions du comité d'experts (oncologues et scientifiques) et du comité des citoyens qui recommandaient de stopper le dépistage, l'Inca (l'Institut national du cancer) refusa d'interrompre cette mesure (voir l'« HD » du 10 novembre 2016), mais concéda qu'il fallait mieux informer sur les risques de surdiagnostics liés aux petites tumeurs qui ne deviendraient jamais cancéreuses. Sans suivre l'exemple de la Suisse, qui, en 2014, a abandonné le dépistage après l'évaluation faite par son organisme de santé et le nombre de surtraitements estimés.

Toutes les données accumulées montrent l'incapacité du dépistage organisé à réduire la mortalité par cancer du sein et, a contrario, sa surcapacité à dépister des petites tumeurs qui ne deviendront jamais des « cancers-maladies ».



PATRICK ALLARD / FGA

Même petites, les tumeurs agressives restent difficiles à soigner. La mortalité liée à ces tumeurs ne recule d'ailleurs pas, malgré les « progrès thérapeutiques ».

raîtront d'elles-mêmes ou pas, mais sans pour autant produire un cancer-maladie. » Ce que Bernard Duperray remet parfaitement en perspective en expliquant que, « depuis la fin du XIX^e siècle, Halsted, chirurgien renommé, a postulé que la taille de la tumeur au moment du diagnostic et l'étendue de l'exérèse (intervention chirurgicale consistant à retirer de l'organisme un élément qui lui est nuisible – NDLR) conditionnent le pronostic : petit égale précoce et précoce égale curable. On postule l'existence d'une phase suffisamment longue pendant laquelle il serait possible de guérir la maladie. Et le sein est pour ce

schéma l'organe idéal : c'est un organe externe, non vital, susceptible d'une ablation totale, accessible à la vue, au toucher pour lequel le diagnostic de petites tumeurs est possible. Au lieu de remettre en question cette conception linéaire de la maladie, nous avons persisté dans l'erreur ».

De fait, les petites tumeurs agressives le sont d'emblée, qu'elles deviennent grosses ou non. Et la mortalité liée à ces tumeurs, qui sont des cancers-maladies, ne recule pas, malgré les « progrès thérapeutiques ». En revanche, selon toutes les études publiées, le nombre de diagnostics dits « précoces », suivis de traitements, d'ablations partielles ou totales (le nombre de mastectomies totales n'a pas baissé) a explosé, et ils constituent l'immense majorité des surdiagnostics et des surtraitements.

Lesquels interviennent aussi en raison des intérêts propres aux dépistages organisés : ces derniers font partie des objectifs de santé assignés aux médecins.

Bernard Duperray s'interroge : « On invite les femmes à une opération de santé pu-

POUR S'INFORMER

Le site cancer-rose.fr analyse la littérature scientifique publiée, résume les études sur le sujet du cancer du sein en langage clair et délivre une information qui se veut indépendante et loyale, publiant aussi des témoignages de patientes et de médecins. Les questions liées au suivi des femmes fichées par leurs ascendantes ayant eu un cancer du sein, et bien d'autres aspects peu abordés traditionnellement par les médecins, le sont ici.

blique qui devrait avoir une obligation de résultat vis-à-vis de la population ciblée, mais cette opération n'a pas fait la preuve de son efficacité. Le problème n'est pas de démontrer l'inefficacité du dépistage, mais de tirer les leçons d'une erreur qui date de plus d'un siècle. » ✦

ANNE-CORINNE ZIMMER

(1) Dans une de ses études, Michael Baum montre que, depuis trente ans, le pourcentage de patientes soumises à une chimiothérapie est passé de 20 % à 80 %, favorisant les complications (embolie, infarctus) et les risques de cancers dits secondaires.

UN OUVRAGE QUI FAIT LA SOMME

Le Dr Bernard Duperray a consacré quarante années au diagnostic du cancer du sein à l'hôpital Saint-Antoine (Paris) et enseigne actuellement à l'université de Paris-Descartes. Il montre que plus on cherche de petites tumeurs, plus on en trouve, ce que toute la littérature scientifique pointe depuis des années. Cet ouvrage, écrit pour des femmes et des soignants, retrace l'histoire de la construction d'une maladie, l'échec objectif des politiques de dépistage organisé, et, courbes à l'appui, appelle aussi à une remise en cause du modèle de « penser la maladie ».

« Dépistage du cancer du sein. La grande illusion », de Bernard Duperray. Éditions Thierry Souccar, 286 pages, 19,90 euros.

