

Octobre Rose : succomberez-vous aux mirages du dépistage ?

En France et dans le monde, cela fait plus de vingt-cinq ans que le mois d'octobre est associé à une campagne d'incitation au dépistage du cancer du sein. Or, la réalité scientifique derrière la mammographie est beaucoup moins rose que la promotion dont elle est l'objet. Depuis les années 2000, un nombre croissant d'études scientifiques contestent son intérêt et alertent sur ses dangers. Pourtant, les institutions du cancer persistent. Le dépistage fait-il vraiment plus de mal que de bien ? L'actualité nous pousse à enquêter.

Inspiré de l'idée d'un fabricant américain de médicaments anticancer, Octobre Rose est une campagne internationale d'incitation au dépistage du cancer du sein. En France, elle a été lancée en 1994 et bénéficie d'une forte couverture médiatique. Mais entre messages simplistes, voire culpabilisants, et défaut d'information sur les limites et risques de la mammographie, l'opération suscite depuis plusieurs années la controverse dans le monde médical. Le grand public ne le sait peut-être pas encore, mais depuis trente ans que le dépistage systématique du cancer du sein a été généralisé, son intérêt divise toujours la communauté scientifique.

Bref état des lieux : le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. En France, il tue 12 000 personnes par an, 1 400 en Suisse. Dans le but de le détecter plus tôt et de faire baisser la mortalité, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à effectuer une mammographie tous les deux ans. Or, ce dépistage organisé suscite de plus en plus la contestation... La controverse ne date pas d'hier. Elle a commencé dès les débuts de la mammographie en 1963, s'est maintenue, puis a été officialisée en 2003 par le Pr Lucien Abenham,

épidémiologiste alors directeur général de la santé en France. Dans un éditorial de la *Revue épidémiologique de santé publique*, il se demandait si les résultats apparemment favorables du dépistage reflétaient plutôt « une meilleure efficacité des traitements face à une incidence réellement supérieure, ou une incidence faussement augmentée par le dépistage précoce, mais sans effet des traitements. »

En évoquant une possible inefficacité du programme de dépistage que la France s'appretait à lancer à l'échelle nationale, le professeur n'émettait pas une opinion personnelle, mais se référait à des travaux scientifiques sérieux. En effet, avant les années 2000, Cochrane, un collectif de chercheurs indépendants chargé d'évaluer la qualité des études scientifiques, avait commencé à quantifier les effets du dépistage au cours de méta-analyses régulièrement réactualisées. Et la balance n'a jamais penché en faveur du dépistage...

En 2008, puis en 2012, le groupe a publié les résultats de recherches menées auprès de femmes scandinaves dépistées tous les deux ans sur dix ans.

Les femmes dépistées meurent tout autant que les non-dépistées...

Résultat : sur 2 000 femmes non dépistées, au bout de dix ans, cinq vont mourir d'un cancer du sein. Sur le même nombre de femmes dépistées, quatre vont mourir de ce même cancer. Apparemment, cela fait une vie sauvée sur 2 000. Sauf qu'en creusant un peu plus les données, les chercheurs ont abouti à la conclusion que ce résultat est un trompe-l'œil. En effet, si une femme dépistée sur 2 000 prolonge sa vie en évitant un décès par cancer du sein, dans le même temps, 10 femmes en bonne santé seront diagnostiquées pour un cancer qui, n'évoluant que très lentement ou pas du tout, ne leur aurait jamais posé de problème et seront traitées inutilement. Ces femmes surdiagnostiquées et surtraitées se retrouveront avec tout ou partie du sein enlevé et subiront radiothérapie et parfois chimiothérapie. Par ailleurs, les médecins annonceront à environ 200 femmes en bonne santé qu'elles ont peut-être un cancer, jusqu'à ce que des analyses plus poussées contredisent ce premier

diagnostic. Pendant des semaines, voire des mois, elles subiront un stress psychologique aux conséquences parfois lourdes. Pour les chercheurs du groupe Cochrane, cela fait déjà beaucoup de dégâts pour une vie sauvée. Mais ce n'est pas tout. Ce que disent également les chiffres, c'est que même si le dépistage est associé à une mort de moins par cancer du sein sur 2 000 femmes, il ne diminue pas le nombre total de morts par rapport au groupe des non-dépistées ! Les femmes dépistées meurent moins du cancer du sein, mais elles meurent tout autant que les non-dépistées...

La raison ? Le Pr Peter C. Gøtzsche (cf. encadré) du Centre Cochrane de Copenhague, l'exposait dans une interview accordée à la chaîne britannique BBC 4 en 2012 : « *Le dépistage produit beaucoup de diagnostics de cancer du sein chez des femmes en bonne santé, qui n'auraient jamais développé de symptôme de cancer du sein pendant toute leur vie. Lorsque vous traitez ces femmes, par exemple par radiothérapie ou par chimiothérapie, vous augmentez le risque de décéder d'une affection cardiaque ou d'un cancer d'une autre localisation.* » Autrement dit, si un petit nombre de femmes voient

effectivement leur vie rallongée à la suite d'une mammographie, d'autres, plus nombreuses, sont inutilement traitées, avec des conséquences parfois mortelles.

Le traitement des cancers abusivement diagnostiqués lors des dépistages comporte des risques létaux

Un avis partagé par le regretté Bernard Junod, enseignant-chercheur à l'École des hautes études en santé publique de Rennes et lanceur d'alerte sur la question des dangers du dépistage. Peu avant son décès, il avait exposé le fruit de ses recherches lors d'une intervention publique à l'université d'Oxford de novembre 2014, dans un exposé au titre éloquent, « *Effets indésirables mortels induits par radiothérapie des cancers du sein surdiagnostiqués en France* ». Comme Peter C. Gøtzsche, l'épidémiologiste français estimait que le traitement des cancers abusivement diagnostiqués lors des dépistages comportait d'authentiques risques létaux – affections cardiaques, cancers secondaires induits par les traitements, etc.

– qui réduisaient à néant les bénéfices du dépistage.

La même année, en février, le *Swiss Medical Board*, un conseil d'experts indépendant de l'administration et de l'industrie médicale, considéré comme l'une des plus hautes autorités de la santé en Suisse et qui analyse le rapport coûts-efficacité des prestations médicales, jetait un pavé dans la mare en publiant un rapport déconseillant le dépistage systématique du cancer du sein proposé à toutes les femmes de plus de cinquante ans. En se basant sur une revue de la littérature scientifique, le groupe de médecins et de scientifiques relevait plus d'inconvénients que d'avantages à ces mammographies. Dans ses conclusions proches de celles du collectif Cochrane, le groupe d'experts considérait que si ce type de programme permettait d'éviter un à deux décès sur 1 000 femmes qui se soumettaient à un dépistage régulier, il en exposait une centaine d'autres à des traitements inutiles et contraignants, voire mutilants. Consternation à la *Swiss Cancer Screening*, la fédération suisse des programmes de dépistage du cancer, à la Ligue suisse contre le cancer et à la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales. Tous dénonçaient vigoureusement la méthode des experts ou le « *manque d'éléments probants* ». Face à cette levée de boucliers, Catherine Riva, journaliste indépendante spécialisée dans les questions de santé, a voulu savoir qui étaient ceux qui contestaient les recommandations de ce rapport. Dans une enquête en cinq parties publiée entre 2014 et 2015, elle révèle que ces indignés ont tous un intérêt économique dans la poursuite du programme... Son travail sera récompensé par le Prix Média 2014 en sciences médicales des Académies suisses des sciences. Une contribution sérieuse, donc.

Diagnostic : les conseils du Centre Cochrane

Extrait d'une interview du Pr Peter Gøtzsche par la chaîne britannique BBC 4, en 2012 :

➤ Quand une mammographie est-elle indiquée ?

Peter Gøtzsche : Elle est absolument indiquée lorsqu'une femme a remarqué un changement dans un sein, comme une grosseur, qu'elle s'inquiète d'avoir un cancer et qu'elle va voir un médecin. [...]

➤ Qu'est-ce que les femmes doivent faire ? S'examiner par elles-mêmes ?

Peter Gøtzsche : [...] Examiner ses seins régulièrement, par exemple chaque mois, n'a en fait pas d'effet, si ce n'est d'augmenter le nombre de biopsies.

Ainsi, nous ne pouvons pas recommander l'auto-examen. Comme elles l'ont toujours fait, les femmes devraient consulter leur médecin si elles trouvent quelque chose d'inhabituel, mais pas s'examiner régulièrement. C'est sans effet.

Publiée après la diffusion des recommandations du *Swiss Medical Board*, une nouvelle étude canadienne menée par le Dr Anthony Miller, épidémiologiste à l'université de Toronto, en confirme la pertinence. Réalisée sur près de 90 000 femmes âgées de 40 à 59 ans, suivies pendant vingt-cinq ans, elle montre que celles qui ont subi des mammographies annuelles pendant cinq ans ont autant de risque de mourir d'un cancer du sein que celles ayant seulement subi un examen physique. 500 femmes sont en effet décédées du cancer du sein parmi les 44 925 femmes suivies par mammographies, contre 505 chez les 44 910 femmes du groupe témoin. À l'instar des études précédentes, celle-ci montre qu'il y a plus de tumeurs du sein détectées dans le groupe de dépistage. Un excédent de 106 tumeurs au bout de quinze ans, sans effet sur la mortalité et qui, selon les auteurs de l'étude, signifie que 22 % des cancers diagnostiqués dans le premier groupe ont été surdiagnostiqués et ont fait l'objet d'un traitement inutile.

La participation au dépistage stagne chroniquement

Avec de tels éléments à charge, faut-il déplorer que les Françaises boudent le dépistage ? En 2014, 2,2 millions de femmes éligibles à cet examen, soit 47 % de la population ciblée, ne s'y sont pas soumises. Et ce ne sont pas les extravagantes manifestations d'Octobre Rose qui semblent en mesure de les faire changer d'avis. Depuis 2008, la participation au dépistage stagne chroniquement à un taux plafond de 52 %, soit 30 points de moins que l'objectif national... Face à cet échec, l'Institut national du cancer a organisé en octobre 2015, à la demande de la ministre de la Santé, une concerta-

tion citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein. Dans son rapport final, le Comité d'orientation ne peut que prendre acte de la contestation de plus en plus vive par les citoyens et les scientifiques du rapport bénéfice-risque du dépistage systématique depuis sa généralisation en 2004. Dans ses conclusions remises en septembre 2016, il propose d'arrêter la course au recrutement des femmes et de mettre en place un dépistage adapté au niveau de risque. Changement en perspective ? Le 6 avril 2017, la ministre de la Santé Marisol Touraine dévoile enfin le plan d'actions promis à la suite de cette concertation. Dans son comité de presse, elle annonce : « *La meilleure chance pour guérir du cancer du sein, c'est le dépistage.* » Et parmi les mesures annoncées, on trouve une valorisation de l'incitation financière des médecins à préconiser la mammographie. Cherchez l'erreur...

Face au pilonnage du marketing rose et au silence assourdissant des institutions quant aux risques du dépistage, un groupe français de médecins sans conflit d'intérêts, généralistes, radiologue, épidémiologiste et pathologistes, ainsi qu'une toxicologue, ont créé l'association Cancer Rose. Le but : donner aux femmes une information loyale et objective sur la balance bénéfice-risque de cet examen, afin de les aider dans leur choix. L'association, qui synthétise et traduit en français les meilleures études indépendantes sur le sujet, a elle-même conduit une étude sur le taux de mastectomies (ablation du sein) en France. Ce taux est étroitement corrélé à la pratique du dépistage. Sur son site Internet, cancer-rose.fr, on trouve un ensemble de vidéos et brochures pédagogiques destinées aux particuliers et aux médecins. Sans surprise, les résistants relatent cette étude norvégienne publiée

en 2018, montrant que la mortalité par cancer du sein recule dans toutes les populations, dépistées ou non, et que la longévité en cas de cancer diagnostiqué est équivalente dans les deux populations. Seule différence : les femmes malades l'apprennent plus tôt si elles sont dépistées.



Dr Cécile Bour

Dans une vidéo disponible sur le site, le Dr Cécile Bour, présidente de l'association, résume en ces termes la problématique : « *Pourquoi le dépistage ne marche-t-il pas comme prévu ? Car il ne détecte pas les cancers graves qui évoluent vite et sont mortels, quoi qu'on fasse. [...] À l'inverse, la majorité des cancers évoluent très lentement ou pas du tout et, même, certains cancers disparaissent avec le temps. [...] Ces cancers-là sont pourtant détectés par le dépistage. [...] Ils sont traités comme les autres par chirurgie, radiothérapie, chimio. [...] Pour une femme qui évite la mort par cancer, il y aura tout aussi probablement une femme qui succombera à un effet grave du traitement, dont elle n'aurait pas eu besoin en l'absence de dépistage.* »

Des propos salutaires en ces temps de propagande médico-scientifique...

Emmanuel Duquoc

Interview de Bernard Duperray : « L'image offerte par la mammographie n'est pas un bon marqueur du cancer »

Médecin radiologue, Bernard Duperray a participé aux débuts du dépistage expérimental dans les années 1990 en tant que président du Comité scientifique pour le dépistage dans l'Oise. Devant les piètres résultats de cette technique, il a préféré démissionner en 1995, quand il a été question de passer du stade expérimental à une opération de santé publique généralisée. Depuis, il n'a cessé de contester la pertinence du dépistage. Son ouvrage *Dépistage du cancer du sein, la grande illusion* reprend historiquement le développement de la polémique.

➤ **Alternatif Bien-Être :** Vous dites que le dépistage est fondé sur une théorie erronée ?

Bernard Duperray : Selon le modèle théorique qui justifie le dépistage, la taille de l'image au moment du diagnostic conditionne le pronostic. On dit que petit = précoce = curable. On postule l'existence d'une phase suffisamment longue pendant laquelle il serait possible de guérir la maladie. C'est cette hypothèse ancienne, reprise au XIX^e siècle par le chirurgien William Halsted, qui justifie le dépistage. Selon ce dogme, plus un cancer est détecté tôt, plus les chances de guérison sont élevées. Or, il est contredit par les faits.

➤ **ABE :** Quels sont ces faits qui invalident la théorie ?

B. D. : Au cours de mon expérience de radiologue, tout comme mes confrères, j'ai observé des images stables sur des années et qui, pourtant, correspondaient à des cancers. Ainsi, petit ne signifie pas nécessairement précoce. Des cancers métastasés peuvent

s'accompagner d'une image mammographique millimétrique, voire d'aucune image. Petit ne signifie pas non plus obligatoirement bon pronostic. Il existe aussi de gros cancers, palpables, sans traduction radiologique. On a également observé, entre deux mammographies annuelles, l'apparition de gros cancers. Cela montre qu'un cancer volumineux n'exclut pas un diagnostic précoce. Par ailleurs, une grosse masse tumorale n'exclut pas forcément un pronostic favorable.

➤ **ABE :** Que déduire de ces observations ?

B. D. : D'abord, sur le plan pratique, que l'image offerte par la mammographie n'est pas un bon marqueur du cancer. Ensuite, que la théorie de William Halsted selon laquelle la progression du cancer serait linéaire dans le temps est fautive.

➤ **ABE :** Quelles ont été les conséquences du dépistage de masse ?

B. D. : Une explosion de l'incidence des cancers. En France, en vingt-

cinq ans, on a multiplié l'incidence par 2,3 avec une mortalité stable. Ou bien c'est une épidémie, ou bien c'est du surdiagnostic. Nous avons aujourd'hui toutes les preuves que c'est la seconde hypothèse qui est vraie. Le surdiagnostic n'est pas une erreur de diagnostic, c'est un diagnostic histologique d'une maladie qui, si elle était restée inconnue, n'aurait jamais entraîné d'inconvénient pour la vie de la femme. Le problème, c'est qu'on ne sait pas aujourd'hui identifier quand un diagnostic est un surdiagnostic. La réalité du surdiagnostic est seulement mise en lumière par les études épidémiologiques qui comparent des populations soumises au dépistage avec d'autres qui ne le sont pas.

➤ **ABE :** Donc, le dépistage ne sert à rien ?

B. D. : C'est pire que ça. Les études épidémiologiques confirment en effet l'absence de lien entre le dépistage et la baisse de mortalité. Celle-ci est relevée de façon identique dans les populations

dépistées et non dépistées. Autre observation, les cancers avancés ne reculent pas avec le dépistage. Mais le plus grave, c'est que les effets délétères du dépistage sont bien présents. Le surdiagnostic entraîne des surtraitements mutilants et parfois mortels. Il y a aussi les dangers de l'irradiation du sein liée à la mammographie ou au traitement intempestif des cancers surdiagnostiqués, alors que le sein est l'un des organes les plus sensibles aux radiations ionisantes. Ces effets délétères sont sans contrepartie positive. Mais l'échec patent du dépistage, même s'il n'est pas reconnu par les pouvoirs publics, aura au moins eu le mérite de nous faire poser deux questions fondamentales : à partir de quand est-on malade et qu'est-ce qu'un cancer ?

On ne peut aujourd'hui définir le cancer par sa seule histologie.

➤ **ABE : Peut-on définir le cancer ?**

B. D. : Aujourd'hui, non. Le même mot recouvre des réalités différentes : une maladie mortelle ou une anomalie histologique sans conséquences cliniques. Ce qui témoigne de notre ignorance. Certains considèrent la tumeur comme un intrus dont il faut se débarrasser au plus vite. L'objectif est de supprimer le signe assimilé à la maladie, sa disparition signifiant la guérison. Pour d'autres, la tumeur n'est pas autonome et ne résume pas la maladie. La tumeur est le produit d'interactions et la femme doit être au centre des préoccupations.

Propos recueillis par
Emmanuel Duquoc

Références :

« Dépistage du cancer du sein par la mammographie », publié par le Nordic Cochrane Centre 2012. <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/public/uploads/images/mammography/mam-mografi-fr.pdf>
Bernard Junod : « Effets indésirables mortels et cancers induits par radiothérapie des cancers du sein surdiagnostiqués en France », conférence au centre de l'Evidence-Based Medicine du département des Sciences de la santé en soins primaires de l'Université d'Oxford, consultable sur le site formindep.fr
Anthony B. Miller, Claus Wall, Cornelia J. Baines, Ping Sun, Teresa To, Steven A. Narod. *Twenty Five Year Follow-Up for Breast Cancer Incidence and Mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised Screening Trial.* BMJ 2014

À lire d'urgence

Dépistage du cancer du sein, la grande illusion



Dans cet ouvrage aussi solide que polémique, le Dr Bernard Duperray, radiologue ayant contribué aux débuts du dépistage, croise les données de

l'épidémiologie avec sa propre expérience de praticien et démonte point par point la théorie qui sous-tend la pratique du dépistage. Un acte de résistance qui paraît au bon moment. À offrir d'urgence à vos meilleures amies. Et à votre médecin...

Prix : 19,90 €

Éditeur : Thierry Souccar

ISBN : 9782365493376

LIVRES

Mieux connaître le SIBO, la maladie des hyperballonnés

L'auteure de cet ouvrage a mis dix ans à découvrir qu'elle souffrait de SIBO (*Small Intestinal Bacterial Overgrowth*, en français, « pullulation bactérienne dans l'intestin grêle »), une maladie du microbiote qui conduit à avoir sans arrêt mal au ventre, à être ballonné, constipé ou avoir la diarrhée, et... à péter très souvent. Alors que cette pathologie est reconnue et traitée dans d'autres pays, elle n'est quasiment pas diagnostiquée par le corps médical en France.

Avec énormément d'humour, la jeune journaliste raconte son cheminement pour trouver des solutions à un syndrome non seulement douloureux, mais aussi très gênant au quotidien. Après des années de « *nomadisme médical* », refusant l'étiquette fourre-tout de « *colopathie fonctionnelle* » ou l'idée que « *c'est dans sa tête* », elle a réussi à trouver la source de son problème et à poser un diagnostic, qui a été validé médicalement.

Le travail de Dora Moutot est celui d'une journaliste d'investigation, courageux, précis et très bien documenté. Il intéressera toutes les personnes qui souffrent de leur côlon, mais aussi les professionnels de santé.

À fleur de pet

Prix : 12,90 euros

Auteur : Dora Moutot

Éditeur : Guy Trédaniel

ISBN : 9782813219817



9 conseils qui pourraient changer votre vie

Retrouver la santé et entretenir sa vitalité sans effort... C'est la promesse que fait le docteur Mercola, ancien pharmacien qui s'est spécialisé dans la santé naturelle, dans ce guide en 9 étapes. Boire une eau pure, utiliser les graisses comme source d'énergie, faire moins de tel sport mais plus de celui-ci, prendre soin de ses intestins, nettoyer son cerveau... Autant de principes qui peuvent sembler compliqués mais que le Dr Mercola rend simples en vous montrant par où commencer. Vous trouverez dans ce guide des actions précises et concrètes pour mettre en place ces 9 principes progressivement. Des tableaux et questionnaires à remplir vous permettront de suivre votre avancement, et de nombreuses propositions de recettes vous aideront à personnaliser vos menus. Un livre utile pour toutes les personnes qui veulent prendre soin de leur santé au naturel, mais qui ne savent pas comment s'y prendre.



La santé au naturel et sans effort

Prix : 19,50 euros

Auteur : Dr Joseph Mercola

Éditeur : Hugo et Cie

ISBN : 9782755640670