


« ET SI JE DISAIS NON AU DÉPISTAGE ? »

Le dépistage du cancer du sein par mammographie est-il utile ? À cette question, de nombreux scientifiques répondent définitivement NON. Le Dr Bernard Duperray, médecin radiologue, explique remarquablement pourquoi cette opération de santé publique est un échec, dans son livre « Dépistage du cancer du sein, la grande illusion », paru le 29 août dernier. On vous éclaire.

« Diagnostiquer un cancer du sein à un stade précoce permet de réduire la mortalité ». FAUX. Cette allégation a pourtant été le point de départ de la campagne de masse organisée par les autorités sanitaires depuis 2004. Une allégation, toujours d'actualité, basée sur une hypothèse archaïque et erronée de l'évolution de la maladie : « Une petite lésion signifie une lésion diagnostiquée précocement. Et si la lésion est petite et précoce alors elle est forcément curable. » Après quinze ans de dépistage, le constat est irrévocable : le dépistage n'a réduit ni la mortalité, ni le nombre de formes avancées de cancer du sein, ni la lourdeur des traitements et des séquelles. C'est ce que le Dr Duperray nous apprend de son expérience de médecin radiologue spécialisé dans le cancer du sein de plus de quarante ans à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Le Dr Duperray a lu près de deux cent mille mammographies, diagnostiqué des milliers de

cancers du sein, participé à des dépistages expérimentaux dans le cadre de l'étude française SU.VI. MAX et dans le département pilote de l'Oise. Dans son livre, à la fois brillant et révoltant, le médecin retrace l'historique de la controverse qui entoure la mammographie. Il confronte remarquablement les faits cliniques et les études épidémiologiques aux affirmations des autorités de santé.

Tout commence en 1894. Halsted, un chirurgien nord-américain qui prétendait guérir le cancer du sein par une chirurgie radicale (ablation du sein, des ganglions, du plan pectoral, etc.), pensait comme tout le monde à l'époque que plus un cancer est diagnostiqué tôt, plus on a de chances d'en réchapper. De surcroît, le sein est un organe externe, non vital, que l'on peut retirer, observer et palper. Halsted n'avait rien inventé. Cette théorie de la maladie tout comme la mastectomie totale pour la guérir



dataient de l'antiquité. Toutefois, jusqu'à la fin du XIXe siècle, on n'avait jamais pu juger de l'efficacité de cette opération très extensive, car le plus souvent les femmes mouraient rapidement après l'intervention. Halsted a permis de codifier l'intervention en améliorant l'asepsie et l'anesthésie. Par conséquent, les femmes subissaient les mêmes mutilations, mais elles ne mouraient plus lors de l'intervention, au prix néanmoins de terribles séquelles dont le gros bras invalidant. Sur la base de la théorie d'Halsted, les chirurgiens ont infligé aux femmes cette mastectomie radicale jusqu'à l'apparition de la chirurgie conservatrice en 1970. En revanche, les résultats restaient les mêmes : quelle que soit l'ampleur de la chirurgie, elles mouraient toujours du cancer du sein. «L'histoire naturelle du cancer du sein, toujours d'actualité, place la maladie au centre des problèmes. La tumeur est un intrus dont il faut se débarrasser le plus rapidement et le plus largement possible. Si l'on ne fait rien, elle va envahir tout le corps, se généraliser jusqu'à entraîner la mort. Si cette théorie du cancer du sein était juste, le pronostic devrait être meilleur avec le dépistage. Or, on n'observe ni baisse des formes avancées de cancer ni baisse de la mortalité liée au dépistage par rapport aux femmes non dépistées. Cette théorie qui sert de base au dépistage est fautive ! Elle est contredite par les faits», affirme le Dr Duperray.

D'UNE OPÉRATION DE SANTÉ PUBLIQUE À UN TEST PERSONNALISÉ

Dans les années 1970, la mammographie se perfectionne. On pense alors être capable de repérer une tumeur avant même qu'elle ne soit palpable. C'est une véritable révolution à l'époque. D'ailleurs, c'est à ce moment-là que le marché de l'imagerie du sein, pour ne pas dire le «business», voit le jour parallèlement. «J'étais dans les premiers à croire en cet outil. J'étais au tout début de ma carrière. Mais au fil de mon expérience, je me suis rendu compte que les résultats de la mammographie ne confirmaient pas le schéma halstedien selon lequel, la taille de la tumeur correspondrait à un temps défini d'évolu-

« Le dépistage contribue clairement à augmenter le nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués chaque année. »

tion. Au contraire, certains cancers restaient petits durant des années et d'autres devenaient très gros en quelques semaines seulement. Pour ma part, j'ai toujours pensé qu'il était important de jouer la carte de la prudence en étudiant expérimentalement les effets de la mammographie avant d'en faire un dépistage généralisé», explique le médecin.

En 1989, un dépistage systématique du cancer du sein par mammographie, auquel participe le Dr Duperray, est lancé en France dans dix départements pilotes. Cette expérience se solde par un échec. Les bilans sont décevants et les professionnels de santé alertent sur l'utilité du dépistage pour les femmes et les performances techniques de l'outil mammographique. «La pratique quotidienne de professionnels de santé met en évidence que l'évolution de la maladie n'est pas linéaire dans le temps et qu'elle ne passe pas par des étapes successives inéluctables. Ce n'est pas parce qu'un cancer est petit qu'il a été diagnostiqué précocement. Un petit cancer peut être accompagné de métastases. A contrario, un cancer de taille importante ne signifie pas que le diagnostic n'est pas précoce», développe le Dr Duperray. L'opération de santé publique de départ — qui consistait à trier, dans une population, les femmes susceptibles de présenter un cancer du sein, puis dans un second temps à réaliser un diagnostic — a échoué. Malgré les résultats décevants des sites

●●● pilotes et les mises en garde des spécialistes, le dépistage est généralisé à l'échelle nationale en 2004. Les promoteurs du dépistage concluent à un problème de forme et non à un problème de fond, ce qui est pourtant le cas. Autrement dit, si les résultats ne sont pas concluants c'est uniquement un problème d'organisation. Le dépistage est, par conséquent « amélioré » en transformant un test de dépistage d'une opération de santé publique en un examen de diagnostic personnalisé dans le cadre d'un dépistage de masse organisé. Le dispositif passe d'un à deux clichés par sein associés à un examen clinique voire éventuellement une échographie et le délai entre deux vagues de dépistage passe de trois à deux ans. « Il ne s'agit plus de faire un tri dans la population pour repérer des femmes plus susceptibles que d'autres d'avoir un cancer du sein et en ce sens concentrer les efforts diagnostiques en utilisant tous les moyens disponibles sur une population réduite. La nouvelle version du dépistage ne repose plus sur un test impersonnel s'adressant à une population, elle s'adresse à un individu identifié avec un objectif irréaliste dans l'état actuel de nos connaissances. Il s'agit maintenant d'affirmer à une femme bien précise, à priori bien portante, qu'elle n'a pas de cancer du sein. Or penser qu'une simple mammographie, avec toutes ses limites, suffit pour répondre à cette question est illusoire et la notion de dépistage est dévoyée. L'obligation de moyens qu'a le radiologue envers sa patiente dans cette relation individuelle médecin-patient n'est pas respectée », s'insurge le médecin.

LE DÉPISTAGE NE RÉDUIT PAS LA MORTALITÉ

Et ce n'est pas tout ! Si l'on tient compte des chiffres officiels, on constate que les taux de mortalité standardisés — taux de mortalité d'une population présentant une distribution standard par âge — par cancer du sein augmentent progressivement des années 1950 jusqu'en 1993, avant de stagner. La mortalité par cancer du sein baisse finalement depuis les années 2000. Autrement dit, ni la mammographie ni les progrès thérapeutiques durant la période 1960-

1990 n'ont inversé la progression de la mortalité par cancer du sein. En revanche, le nombre de nouveaux cas augmente considérablement dès 1980. Deux hypothèses sont possibles : soit on a affaire à une épidémie, soit le dépistage trouve des cancers qui ne se seraient pas développés ou qui auraient régressé en l'absence de diagnostic. C'est ce qu'on appelle le surdiagnostic. Le dépistage est clairement à l'origine de l'apparition de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués chaque année. Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence augmente de 2,7 % par an en moyenne. Et il augmente en fonction de l'intensité du dépistage par mammographie. Des études randomisées montrent effectivement que lorsqu'on

« Non seulement le dépistage ne réduit pas la mortalité, mais en plus il génère de la maladie avec le surdiagnostic et peut détruire des vies notamment à cause des surtraitements aux conséquences lourdes. »

compare une population dépistée et non dépistée, la population non dépistée présente moins de cancers que la population dépistée. Par ailleurs, lors des autopsies systématiques réalisées dans une population de femmes sans pathologie mammaire connue, on découvre, au microscope, une fréquence insoupçonnée de cancers du sein. Les opérations de chirurgie esthétique de réduction mammaire apportent également des informations. En effet, l'examen de tissu mammaire prélevé à des fins esthétiques dévoile l'existence de nombreuses lésions cancéreuses occultes. « Le problème de surdiagnostic est évident. Le dépistage fabrique de la "maladie" ». Autre incohérence relevée par le médecin : « Avec le dépistage, les tumeurs sont découvertes de plus en plus petites. Le pronostic aurait dû être meilleur si on suit toujours le raisonnement classique de l'évolution naturelle de

la maladie qui dit que plus le cancer est dépisté petit, plus on a de chances de guérir. Le fait est que le surdiagnostic plus fréquent parmi les petites tumeurs sans envahissement ganglionnaire donne l'illusion de l'efficacité d'un diagnostic précoce, du dépistage et des traitements. En vérité, un chirurgien qui opérerait auparavant 100 cancers et qui perdait 50 patientes opère aujourd'hui 200 cancers, à cause du surdiagnostic, mais perd toujours 50 patientes ». Le taux de mortalité par cancer du sein des femmes dépistées est identique à celui des non dépistées et reste, actuellement, sensiblement au même niveau que celui de 1970, en tenant compte de la démographie et du

vieillesse de la population. Le bilan du schéma de l'histoire naturelle du cancer du sein, à la base du dépistage, devant les faits que révèle le médecin dans son ouvrage, est clairement négatif. « Il est important que les femmes voient à quel point on les culpabilise. Dans les années 90, certains voulaient même supprimer les droits sociaux de celles qui ne se feraient pas dépister. Elles étaient considérées comme de mauvaises citoyennes, de mauvaises mères. C'est scandaleux ! Les femmes doivent savoir quels risques énormes elles prennent en se faisant dépister, à savoir un risque de surdiagnostic et un risque de surtraitement. De plus, cette idée que l'on risque de mourir d'une maladie qu'on aurait pu éviter en se faisant dépister est fautive », souligne le médecin.

LE SURDIAGNOSTIC CONDUIT AU SURTRAITEMENT

Non seulement le dépistage ne réduit pas la mortalité, mais en plus il génère de la maladie avec le surdiagnostic et peut détruire des vies notamment à cause des surtraitements aux conséquences lourdes. « Les effets délétères de la chimiothérapie, de la radiothérapie à court et long termes sont majeurs et peuvent être responsables de complications cardiaques, respiratoires, cutanées et provoquer des cancers et sarcomes radio-induits », précise le Dr Duperray. Les irradiations répétées de la mammographie sont loin d'être inoffensives. Le sein est l'un des organes les plus radiosensibles de l'organisme. D'après le CIRC, les cancers radio-induits représentent 1 à 5 décès pour 100 000 femmes réalisant une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans et 10 à 20 décès si le dépistage débute à 40 ans. Les irradiations répétées lors des mammographies engendrent des lésions d'ADN accentuées chez les femmes à risque, femmes surveillées de plus en plus jeunes. Elles peuvent induire des cancers du sein ! Quel comble ! Les autorités sanitaires reconnaissent aujourd'hui le surdiagnostic, après l'avoir nié, même si elles le minimisent. Les risques de cancers radio-induits sont aujourd'hui insuffisamment documentés et probablement sous-estimés. Bien qu'il donne l'illusion du choix de se faire dépister ou non, le discours officiel relayé par Octobre rose

reste orienté sur l'incitation des femmes au dépistage. « La baisse de mortalité observée depuis les vingt dernières années dans le monde n'est certainement pas liée au dépistage. Le bilan des effets bénéfiques et délétères des traitements n'est pas établi, signale le radiologue, d'autres facteurs peuvent intervenir dans cette diminution comme l'amélioration de la prise en charge des patientes à travers une meilleure maîtrise des thérapies permettant de limiter les effets secondaires et par là même la mortalité qui pouvait leur être associée. Il faut tenir également compte de l'hygiène de vie et des facteurs sociaux et environnementaux, car la médecine constitue moins de 20 % des facteurs déterminants de la mortalité ». Pour le médecin, la théorie qui sous-tend le dépistage est le problème de fond. Ce qu'on sait de l'histoire naturelle de la maladie, c'est que la conception qu'on en a actuellement est à revoir. ■

« Après quinze ans de dépistage, le constat est irrévocable : le dépistage n'a réduit ni la mortalité, ni le nombre de formes avancées de cancer, ni la lourdeur des traitements. »

Le surdiagnostic se définit comme le diagnostic d'une « maladie » qui, si elle était restée inconnue, n'aurait jamais entraîné d'inconvénients durant la vie de la patiente.

LE CANCER DU SEIN EN CHIFFRES

- **1er tueur** des cancers féminins
- **12 000** décès par an
- **19 966** mastectomies totales par an, soit 4 mastectomies totales pour 10 nouveaux cancers.

ENTRETIEN AVEC

LE DR BERNARD DUPERRAY

MÉDECIN RADIOLOGUE

« Le dépistage aboutit à un gaspillage de moyens humains et matériels au détriment des soins offerts aux femmes réellement malades »



Le Dr Bernard Duperray est médecin radiologue spécialiste du cancer du sein, retraité après quarante et un an de pratique à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Il enseigne à l'université Paris-Descartes.

Pourquoi avez-vous écrit ce livre sur le dépistage du cancer du sein ?

« J'ai réalisé ce livre à la demande des éditions Thierry Souccar et du Docteur Cécile Bour, la fondatrice de l'association Cancer rose qui a d'ailleurs écrit la préface du livre. Cette association milite pour une meilleure information des femmes, autre que celle des lobbies et des pouvoirs institutionnels.

Dans le communiqué de presse de l'Institut National du Cancer il est dit, entre autres : "Contre le cancer, le dépistage permet de détecter des cancers précoces, de petites tailles, avant l'apparition de symptômes. Chaque année, plus de 10 000 cancers agressifs peuvent être ainsi soignés plus tôt"; "cinq ans après le diagnostic, 99 femmes sur 100 sont toujours en vie lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce; elles ne sont que 26 sur 100 lorsqu'il est détecté à un stade avancé." Qu'en pensez-vous ?

Dans les populations dépistées, on diagnostique davantage de petits cancers puisqu'on recrute

essentiellement des cancers cliniquement latents par la mammographie. Pourtant, les études épidémiologiques montrent que la mortalité par cancer du sein baisse d'une manière générale tout autant chez les femmes non dépistées que dépistées. L'institut de veille sanitaire dit aussi qu'avec le dépistage "90 % voire plus des cancers du sein ont été diagnostiqués au stade précoce et que le taux de survie à 5 ans est de 87 %". C'est vrai, mais il est facile de guérir des personnes non malades ! Intuitivement, on pense que plus on intervient tôt et plus la tumeur est petite, meilleur est le pronostic. Ce raisonnement est complètement balayé par les faits. On retrouve des métastases chez des femmes alors qu'on ne trouve pas le cancer dans le sein. Au contraire, plus précoce est le diagnostic, plus vous avez de chances qu'il s'agisse d'un surdiagnostic. Par ailleurs, le cancer avancé ne relève pas forcément d'un diagnostic tardif. Pourtant on continue à proclamer les vertus supposées, mais inexistantes du dépistage au détriment des femmes et au profit du marché du cancer du sein.

Par ailleurs, si la baisse de mortalité par cancer du sein n'est pas liée au dépistage, elle n'est pas attribuable automatiquement aux traitements. Dans le deuxième après-guerre, on observait beaucoup de cancers de l'estomac avec une mortalité élevée. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas.

On aurait pu attribuer exclusivement cette baisse aux progrès diagnostiques et thérapeutiques or, c'est l'arrivée généralisée des réfrigérateurs qui a été, en modifiant le mode de conservation et



de préparation des aliments, déterminante dans la réduction de la mortalité par cancer de l'estomac.

La mammographie représente-t-elle un intérêt pour la médecine en général? A-t-elle représenté un intérêt à un moment donné?

Avant l'apparition de la mammographie dans les années 50, le diagnostic du cancer du sein était essentiellement clinique et chirurgical, toutes les tumeurs du sein étaient opérées. La mammographie ouvre l'ère du diagnostic préclinique. Dans la conception halstedienne de la maladie, cela pouvait sembler un immense progrès. Or, dans les faits rien ne s'est passé comme espéré. En effet, le dépistage a bien provoqué une augmentation considérable du nombre de cancers in situ diagnostiqués, forme considérée comme la plus précoce. Avec le dépistage, les in situ sont passés de 5 à 20 % des cancers diagnostiqués, mais ●●●

FABRIQUÉ EN FRANCE

Pharm & Nature

UN CONCENTRÉ D'ACTIFS POUR TONIFIER VOTRE ORGANISME

Cultivée sur l'île de Hainan

240 mg¹ PHYCOCYANINE

Pharm & Nature

SPIRULINE BIO

de l'île de Hainan

* Quantité pour la dose journalière conseillée

Depuis plus de 15 ans, PHARM & NATURE formule et développe des compléments alimentaires naturels aux normes pharmaceutiques et respectant les 3 critères suivants « QUALITÉ, QUANTITÉ, PRIX ».

Contact : Nicolas Le Tréquesser

06 92 65 22 64



DÉPISTER POUR MIEUX GUÉRIR EST UN LEURRE

Après plus de quarante ans consacrés au diagnostic du cancer du sein, le Dr Duperray montre qu'en réalité, plus on cherche, plus on trouve, et quelquefois des cancers qu'il aurait mieux valu ignorer. Contrairement à ce que le public a été amené à croire, le dépistage de masse organisé est non seulement inutile, mais délétère. Toutefois, l'arbre ne doit pas masquer la forêt. Critiquer le dépistage par mammographie est stérile si l'on ne tire pas les conséquences de son échec. Dans cet ouvrage écrit pour les femmes et les soignants, le Dr Duperray pose un autre regard sur la maladie et questionne : qu'est-ce qu'un cancer ? Quelle est sa définition ? À partir de quand est-on malade ? Où est la maladie mortelle et où est l'anodine qu'il ne faut pas détecter ? Nous sommes devant un casse-tête, celui de comprendre de nouveaux paradigmes d'une maladie loin d'être maîtrisée... Tout est à découvrir.

Paru le 29 août 2019, aux Éditions Thierry Souccar.

●●● sans pour autant que le nombre de cancers invasifs diminue. La mammographie trouve facilement des in situ sous la forme de microcalcifications bien visibles alors que ces derniers n'évolueront pas forcément en cancers invasifs. Par contre, comme le prouvent la clinique, l'échographie ou l'IRM, des formes évolutives peuvent n'avoir aucune traduction mammographique. Des tumeurs grosses comme le poing peuvent être muettes en mammographie. Par ailleurs, la fréquence des cancers de l'intervalle malgré la diminution des délais entre deux examens témoigne que la mammographie n'est pas une réponse adéquate à la dynamique de la maladie.

Au total, c'est un examen décevant, dont on a surestimé les capacités. Il peut conserver des indications chez une femme symptomatique après évaluation du risque encouru par rapport au bénéfice attendu. Il n'est plus aujourd'hui l'examen-pivot incontournable.

Faut-il ou non se faire dépister ?

Si vous aimez jouer à la roulette russe, allez-y ! Se soumettre au dépistage apporte plus d'inconvénients que d'avantages. Les risques majeurs sont le surdiagnostic avec son cortège de surtraitements et l'irradiation. En outre, le dépistage a un effet pervers plus sournois, il donne des illusions

avec le surdiagnostic qu'il provoque. Ce dernier justifie l'idée de l'efficacité d'un diagnostic précoce et des traitements sans en apporter la preuve.

Comment la femme asymptomatique doit-elle réagir face à la pression des professionnels de santé qui l'incitent au dépistage ?

Elle doit les interroger :

- Quels risques je prends si je ne me fais pas dépister par rapport aux femmes qui se font dépister, sachant que des publications affirment que la baisse de la mortalité par cancer du sein constatée actuellement est la même dans les populations dépistées et non dépistées ?

- Quels risques je prends en faisant une mammographie qui est un examen irradiant tous les deux ans, sachant qu'il existe des cancers radio-induits ?

- Les promoteurs du dépistage affirment qu'on obtient grâce à lui une baisse de 20 à 30 % du risque de mourir d'un cancer du sein par rapport au risque qu'a une femme qui ne se fait pas dépister (risque relatif). Or ce qui m'importe c'est de connaître l'influence du dépistage sur mon risque de mourir d'un cancer du sein (c'est-à-dire le risque absolu). J'ai lu qu'il se situait entre 0,05 et 0,5 %. Cette réalité est beaucoup moins convaincante que ce qui nous est présenté. Et que devient

« Le dépistage organisé continue pour des raisons économiques. On ne peut nier la force des lobbies et ignorer les conflits d'intérêts. »

ce gain si l'on prend en compte la mortalité qui survient en aval du dépistage, liée aux complications des traitements ?

Quel est votre avis sur le dépistage par palpation mammaire lors de la consultation gynécologique ? Est-ce que c'est utile ?

Non. L'étude de Shanghai sur plus de 300 000 femmes réparties en deux groupes (dépisté et non dépisté) a démontré que le dépistage par palpation mammaire était inefficace.

Au regard de tous les éléments probants que vous présentez dans votre livre, pourquoi le dépistage organisé continue-t-il ?

Pour des raisons économiques. On ne peut nier la force des lobbies et ignorer les conflits d'intérêts. La journaliste suisse Catherine Riva, qui a enquêté sur le marché de la mammographie, dénonce sur le site Sept.info les conflits d'intérêts qui se trouvent au cœur de ce système opaque. Par ailleurs, une lettre à la revue médicale The Lancet fait état, par exemple, des conflits d'intérêts du radiologue hongrois Laszlo Tabar, l'un des promoteurs du dépistage. D'autre part, reconnaître son erreur est difficile, particulièrement pour ceux qui sont en charge de la santé des autres, les praticiens et les responsables de santé publique.

Pour finir, je dirai que la remise en question de connaissances qui font référence se heurte à l'inertie du conformisme, d'autant plus que ces connaissances paraissent à première vue logiquement inébranlables (petit = précoce = curable) alors que ce qui est proposé en remplacement est contre-intuitif. » ■



PLUS QU'UN SERVICE, UNE PRÉSENCE

✓ AIDE À LA MOBILITÉ

Service d'accompagnement véhiculé ou au bras pour vous conduire chez le médecin, en consultation à l'hôpital ou pour faire les courses.

✓ AIDE À DOMICILE

Aide-ménagère

Entretien courant de la maison, du linge, repassage.

Assistance à la personne

Accompagnement dans les actes essentiels et ordinaires de la vie quotidienne, pour les personnes fragiles, en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

✓ SOINS ESTHÉTIQUES

Bien-être et détente à domicile (soins du visage, beauté des mains et des pieds ...) par une esthéticienne diplômée.

✓ BRICOLAGE/JARDINAGE

Petit bricolage

Installer des rideaux, monter un meuble, changer une ampoule ...

Petit jardinage

Entretien du jardin, tonte de la pelouse, taille des haies, arrosage des plantes, ramassage des feuilles.

✓ LIVRAISON DE COURSES

Livraison à domicile de produits divers.



**JOUR APRÈS JOUR
SECTEUR EST
0262 41 61 64**

**JOUR APRÈS JOUR
SECTEUR NORD
0262 94 38 08**

**DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H00 À 17H00
www.jourapresjour.re**