

Dr CÉCILE BOUR

« Le dépistage du cancer du sein n'a aucun bénéfice sur la mortalité »

INTERVIEW

Propos recueillis par Hughes Belin

Comment peut-on discuter du bien-fondé du dépistage du cancer du sein ? La radiologue Cécile Bour mène un combat à contre-courant au sein de son collectif *Cancer rose* pour informer les femmes sur les conséquences possibles d'une mammographie de dépistage. Dans son dernier livre ⁽¹⁾ très pédagogique, elle décortique le processus pas si intuitif de la formation des cancers dans le sein, ainsi que ce que la mammographie peut apporter... ou pas. Un livre que toute femme à l'approche de la cinquantaine devrait lire avant de décider en toute connaissance de cause si elle souhaite prendre le risque d'un dépistage systématique, qui pourrait tourner au cauchemar. À l'opposé des campagnes marketing infantilissantes d'*Octobre rose*, ce petit livre œuvre pour une réinformation sur un sujet pas encore assez controversé.

Une radiologue qui met en garde contre le dépistage systématique du cancer du sein, ce n'est pas banal...

Mon parcours est pourtant tout ce qu'il y a de plus banal : médecine puis spécialité en radiologie. Je me suis orientée vers la pathologie de la femme, dont les mammographies font partie. La sénologie est une spécialité qui a pris une grande importance avec l'arrivée des nouveaux appareils de mammographie et d'échographie. J'avais alors 30 ans et en tant que radiologue, j'étais enthousiaste, car enfin on s'occupait spécifiquement des femmes. Car pour ceux qui s'en souviennent, le cancer du sein, c'était terrible à l'époque, les opérations étaient extrêmement mutilantes. Heureusement, ça ne se fait plus, parce que ça

L'argument de « 20% de mortalité en moins » serait-il donc fallacieux ?

En apparence, ça fait 20 femmes en moins sur 100 dépistées qui ne mourront pas du cancer du sein, soit une économie de 20 morts. Mais malheureusement, ce n'est pas le cas. C'est une réduction de risque *relative* en comparant deux populations différentes. D'après l'évaluation *Cochrane* (voir encadré), sur 2 000 femmes non dépistées, on se retrouve avec 5 décès en dix ans. De l'autre côté, sur une cohorte de femmes dépistées sur la même période, on se retrouve avec 4 décès, donc une réduction relative de 20%. Ça représente une femme sur 2 000, soit 0,05% en risque absolu, bien loin des 20% annoncés ! C'est négligeable, en fait. Et encore, ce résultat vient de l'incorporation des études biaisées dans la revue *Cochrane* (voir encadré). Dans une étude brésilienne sur la province de São Paulo où les femmes ont un niveau de vie plus élevé, c'est-à-dire où elles se font plus dépister, on observe même un excès de décès chez les dépistées ! Si on intègre tous les effets délétères, on a une possible surmortalité. En vérité, on ne sait rien. Peut-être que ça bénéficie à certaines femmes. Mais cela est nuisible à d'autres femmes. Quand on dépiste, on induit des problèmes (surdiagnostics, fausses alertes, irradiation) qui ne touchent pas les non-dépistées. Tout ça pour un gain de mortalité quasiment nul. Les visuels à points qui illustrent cela dans mon livre sont très pédagogiques et permettent de mieux comprendre la balance bénéfices-risques.

Et vous, qu'est-ce qui vous a fait basculer ?

Je faisais de la double lecture au cabinet médical et je faisais partie du groupe de « seconde lecture », qui permet un second avis après un dépistage. L'argument des décideurs favorables au dépistage, c'est que c'est une double sécurité. Mais en fait, elle favorise aussi les fausses alertes. Pour les médecins qui y participent, c'est très stressant – j'ai d'ailleurs arrêté cette activité pour cette raison. On voit les images sans les patientes et on a naturellement tendance à surcoter : on coche « image douteuse » pour être sûr de ne pas passer à côté d'un cancer. Je me suis rendu compte que ce que disait la méta-analyse *Cochrane* était vrai : on a toujours plus de petites lésions détectées mais sans d'incidence sur la mortalité. Si le dépistage fonctionnait, il faudrait une chute drastique de la mortalité, elle devrait s'effondrer. Or, je ne voyais pas ça sur ma région ni au niveau national dans les chiffres publiés.

Nous avons demandé l'arrêt des campagnes d'Octobre rose. Ces campagnes sont commerciales, c'est du pur marketing. Elles utilisent des femmes qu'on a persuadées d'avoir été sauvées par le dépistage.

de Metz, pour inciter les femmes à se faire dépister. C'était idéologiquement très flatteur : il s'agissait de découvrir des lésions toutes petites avant qu'elles ne deviennent grosses, avant l'invasissement progressif, selon un schéma linéaire. Intuitivement, ça voulait dire que plus on détecte de petites lésions, plus on va pouvoir les traiter tôt et plus on sauvera de femmes.

C'est une des révélations de votre livre : petite lésion ne veut pas dire cancer mortel...

Le cancer n'évolue pas de façon linéaire selon nos schémas intuitifs, ce n'est pas comme ça dans la vraie vie. Il y a plusieurs types d'évolution : rapide, lente, stagnante, voire régression. Certaines formes de cancer ne sont pas utiles à détecter, mais, dépistées, elles seront traitées. Avec le dépistage, on enlève toujours plus de seins, et non pas moins. C'est ce qu'on appelle le surdiagnostic : ce sont de vraies lésions mais de détection inutile. Un autre effet adverse sont les fausses alertes, c'est-à-dire des images suspectes de cancer mais qui ne se confirmeront pas après d'autres examens et biopsies. Si on inclut les effets néfastes du dépistage dans l'évaluation du dépistage, on obtient un bénéfice zéro, c'est un 'jeu à somme nulle', comme le dit le professeur de chirurgie Michael Baum dans son étude de 2013.



Et là, vous vous êtes heurtée au système ?

Je l'ai dit en réunion et la réponse fut : « il faut dépister plus ! ». En 2015 j'ai donné une interview au *Républicain Lorrain*, intitulée « *Un pavé dans la mare* » qui a provoqué un tollé. Je pensais qu'on pouvait informer les femmes mais c'est mission impossible. L'expérience clinique de radiologie montre qu'on dépiste beaucoup de lésions qu'on pouvait ignorer, et les études épidémiologiques qu'on a fait fausse route. Mon enthousiasme de 30 ans a été douché. Je me suis rendu compte que je m'étais engagée dans un long combat. Quand on a envoyé le paquet de la santé publique dans une mauvaise direction, ça prend des années à changer.

Quel est le fond du problème du dépistage systématique du cancer du sein ?

La décision, pour une femme, de suivre un dépistage doit être prise en toute connaissance de cause et ce n'est pas le cas. Ce qui est révolutionnaire, c'est la mauvaise information des femmes, car elles ne peuvent pas savoir ce qui les attend. Elles prennent connaissance des effets négatifs une fois qu'elles les ont subis. Au minimum, selon l'étude *Cochrane*, 10% des femmes subiront un faux positif. Mais une évaluation canadienne plus récente parle de 46% de faux positifs. Quoi qu'il en soit, depuis la seconde lecture, les faux positifs ont bondi. Avec la technique numérique, des mammographies beaucoup plus performantes, on augmente le nombre des faux positifs. La même femme peut subir une fausse alerte tous les deux ans, parfois avec biopsie à la suite, ce qui n'est pas rien. Les seins ne sont pas une boîte de chocolats dans laquelle on peut plonger à l'envi ! Et comme on devient de plus en plus performant, on détecte de plus en plus de lésions dont certaines inutiles à détecter, ce qui alimente le surdiagnostic et les surtraitements.

Quel est votre rôle, dans ce contexte ?

Mon seul rôle en tant que médecin, c'est d'informer. Or, on assiste à un amalgame entre santé individuelle et santé publique. On ne peut pas infliger un dispositif potentiellement délétère, nuisible, à toutes les femmes pour sauver hypothétiquement une vie. Je veux m'assurer que

chaque femme en connaisse les tenants et les aboutissants. Et ce travail n'est pas fait par les promoteurs du dépistage. C'est un véritable charlatanisme d'État : on promeut une méthode qui n'a pas porté ses fruits et est potentiellement délétère, et on l'impose à la population sans l'informer des risques. Avec une information complète sur ce qu'il y a derrière un dépistage positif et ce que cela entraîne, une femme pourra se faire sa propre balance bénéfices-risques, selon les données de la science et aussi selon son vécu. Le cœur du problème c'est qu'elle décide de façon bien informée.

Une fois qu'on a fait le dépistage, il n'y a plus de retour en arrière possible. S'il est positif et qu'on trouve une lésion cancéreuse, on ne peut pas savoir si on a affaire à un surdiagnostic ou pas. On ne peut pas parler sur l'évolution de ce qu'on a trouvé. Il faut donc aller jusqu'au bout des choses et traiter toute lésion détectée par le dépistage. C'est pour ça qu'il faut bien savoir ce à quoi on s'expose et être mieux informée avant de s'engager dans un dépistage.

Pourtant, c'est tout de même du bon sens de dépister pour mieux soigner, non ?

Le bon sens est de s'adapter à ce qu'on constate. Le bon sens médical, c'est de nous conduire à reculer quand on s'aperçoit que quelque chose d'intuitif ne fonctionne pas. Quand on s'est aperçu que les saignées ou les lobotomies étaient délétères, on a arrêté ! Le principe fondamental de notre profession c'est *primum non nocere*, d'abord ne pas nuire. Il faut savoir revenir en arrière, car nous devons avoir conscience que la *mammographie de dépistage* se fait sur des personnes sans symptôme et qui ne se plaignent de rien, contrairement à la *mammographie de diagnostic*, effectuée lors d'une consultation suite à la découverte d'un symptôme. Tout symptôme doit bien entendu conduire la femme à consulter – la mammographie, dans ce contexte, aura son utilité.

Comment en est-on arrivé à une telle absurdité ?

Le dépistage a été mis trop vite en place, les campagnes ont été lancées sans faire d'essais complémentaires. C'était pourtant encore possible de comparer des populations avec ou sans dépistage, car à l'époque, on avait encore des femmes qui n'avaient jamais connu de mammographie. Ensuite, au lieu de reconnaître que c'est un échec et qu'il a fait fausse route même en croyant bien faire, l'État persiste dans un dispositif qui ne montre pas ses preuves. Sans parler du coût financier : cet argent gaspillé dans des procédures ineptes serait mieux employé ailleurs, par exemple pour du personnel dans les hôpitaux et les EHPAD. Ce qu'on prend ici, on ne le met pas ailleurs.

Pourquoi votre message a du mal à passer ?

Comment voulez-vous qu'une radiologue de province puisse mettre en garde les femmes face à des leaders d'opinion qui, en pleine pandémie de covid, incitent les femmes à se faire dépister ? Nous avons eu, en 2016, une *concertation citoyenne*, à laquelle j'ai participé. Cette concertation a été très bien conduite, le panel des femmes a suivi des formations et a été correctement informé. Résultat : les citoyennes ont demandé l'arrêt du dépistage actuel. En revanche, la façon dont elle a été présentée à la presse a noyé le poisson. Les médias ne se sont pas emparés des résultats de la concertation, hormis certains dont *Que choisir*, qui a fait un véritable travail d'information. Je suis de plus en plus dubitative sur l'objectivité des médias depuis que j'ai donné beaucoup d'interviews qui ne passent pas, car les rédactions bloquent. Nous avons demandé l'arrêt des campagnes d'*Octobre rose*. Ces campagnes sont commerciales, c'est du pur marketing. Elles utilisent des femmes qu'on a persuadées d'avoir été sauvées par le dépistage : « *je ne serais pas là pour en parler* ». Mais si ! Le cancer qui a pour vocation de tuer tuera. Celui qui sera curable, on le guérira dans 90% des cas, dépisté ou non, car c'est un des mieux « traitables » du corps humain.

On fait peur aux femmes. Sur le formulaire de contact du site, certaines femmes racontent qu'elles prennent des anxiolytiques à cause des fausses alertes, des contrôles incessants.

Dans votre livre justement, vous citez souvent l'anxiété et les conséquences psychologiques délétères du dépistage, mais sans en quantifier les dommages sur les patientes en termes de morbidité, voire de mortalité. C'est un oubli ?

L'anxiété n'est pas chiffrable, elle dépend de la résilience de chacune. Les femmes vivent les conséquences du dépistage différemment dans leur chair. On médicalise les femmes dès la puberté, lors de l'accouchement et quand survient la ménopause. L'angoisse que la médecine leur inflige, elles en prennent une triste habitude. Je n'ai pas vu une femme qui venait sereinement à la mammographie. Surtout quand il faut vérifier une image douteuse. Les campagnes de dépistage sont

Les tests de dépistage de routine entraînent des découvertes fortuites qui nécessitent ensuite une foule d'explorations complémentaires aboutissant à des suivis sans fin de gens non malades. Or, la médecine est faite pour les gens malades.

coercitives, insistantes et stigmatisantes de la part des médias et de l'entourage. Il est évident que le stress qu'il génère impacte la santé. L'anxiété est une conséquence inévitable du dépistage. Je connais des femmes

qui ne s'en sont jamais remises, elles sont parfois sous anxiolytiques car ébranlées depuis des biopsies et des fausses alertes. Elles n'arrivent plus à appréhender la vie sereinement. J'en veux beaucoup aux médias et aux stars qui font de la promotion du dépistage dans des émissions. Elles font peur aux femmes. Que ces stars fassent juste du divertissement et pas de la médecine, chacun son métier !

À vous entendre, ne serait-ce pas un sujet dont les féministes devraient s'emparer ?

On dénie aux femmes la possibilité de s'informer. J'essaie le plus possible de le faire en consultation. Les cas cliniques dans le livre sont réels et je rapporte de vraies discussions. Quand on se donne la peine de leur expliquer, les femmes comprennent très bien. D'ailleurs, elles s'intéressent en général plus à leur santé que les hommes. Les campagnes de dépistage sont très infantilisantes. Pour moi c'est une violence faite aux femmes de croire qu'elles ne sont que de petites choses naïves. Je me dis que les choses évoluent trop lentement, notamment parce que les féministes ne s'en emparent pas. J'ai essayé d'alerter diverses organisations féministes, en vain. Elles ne travaillent peut-être que sur des préoccupations de femmes jeunes. Elles aussi, elles tombent dans ce travers sociétal d'oublier la femme ménopausée. La conclusion de mon livre n'est pas pro- ni anti-dépistage. J'ai préféré terminer sur une note de "choix". Qu'on donne à la femme toutes les informations pour qu'elle puisse se décider en toute connaissance de cause. Mais de grâce, qu'on ne la culpabilise pas ! Je voulais terminer sur quelque chose de positif. La maîtrise de leur corps, c'est ce que les femmes demandent depuis toujours, alors accordons-la leur en santé aussi.

Le tour du dépistage du cancer du sein viendra-t-il ? Après tout, la Haute Autorité de Santé ne recommande plus le dépistage du cancer de la prostate...

...Même si des stars en font toujours la promotion ! Comment voulez-vous faire comprendre à quelqu'un qui a eu un traitement réussi contre un cancer qu'il a peut-être eu ce traitement pour rien du tout ? Il faut beaucoup de pédagogie pour rétablir la vérité. En trois mots, un slogan peut convoier une idée formidable et imprégner les esprits. Moi, j'ai besoin d'un livre entier pour tenter d'y parvenir. *Octobre rose* est devenu une campagne commerciale à succès, avec du merchandising

et des sponsors. Les médias ne jouent pas le jeu, ils ne viennent pas nous voir pour en savoir plus et informer aussi des risques du dépistage. Le match est joué d'avance. Le rose va toujours l'emporter. C'est un problème éthique crucial. Il y a de quoi être pessimiste quand on voit le développement de traitements de gens sains. Les tests de dépistage de routine entraînent des découvertes fortuites qui nécessitent ensuite une foule d'explorations complémentaires aboutissant à des suivis sans fin de gens non malades. Or, la médecine est faite pour les gens malades. Si on traite les gens sains, tout le monde sera traité, et si on commence à tout traiter, on va à l'absurde. C'est du Dr Knock à grande échelle. On fait plus de mal que de bien.

Avez-vous tout de même une note d'espoir pour l'avenir ?

Si les médias jouent mieux le jeu, les choses iront mieux pour les femmes. Et je compte aussi sur la jeune génération de médecins, qui est moins dans le paternalisme médical. Pour ce qui est de mon combat, j'ai réalisé que si nous sommes dans l'opposition complète et radicale, l'information ne passera pas, il faut donc être plus pédagogique. Je me suis tournée vers le FORMINDEP, car il faut se grouper, on n'y arrivera pas tout seuls. Nous avons fondé le groupe *Cancer rose*, mis sur pied notre site et depuis 5 ans, on progresse beaucoup. Nous avons beaucoup d'interlocuteurs étrangers.

À la fin de mon livre, je fournis un code QR qui permet d'accéder à un outil qui aide à la décision. Sans publicité, sans conflit d'intérêts, sans subvention, nous poursuivons notre combat pour une information équitable et objective des femmes sur les bénéfices et risques du dépistage mammographique. Mon livre, conçu à partir de questions réelles de patientes, se veut pédagogique et à la portée de toutes les femmes. ■

CARNET PRATIQUE

⁽¹⁾ **Mammo ou pas Mammo ?**, Docteur Cécile BOUR (éditions Thierry Souccar, août 2021). Voir aussi cancer-rose.fr qui décrypte et vulgarise les études scientifiques les plus récentes, publiées dans les plus grandes revues médicales internationales, et analyse la controverse scientifique internationale qui existe sur le sujet du dépistage du cancer du sein.

20 ANS DE CONTROVERSE

Dans les années 2000, les premiers lanceurs d'alerte, des épidémiologistes de la collaboration *Cochrane*, ont levé le lièvre. Le Dr Bour raconte dans son livre que deux chercheurs indépendants scandinaves ont procédé, en 2000-2001, à une méta-analyse selon la méthodologie de la collaboration *Cochrane* à laquelle ils appartenaient. Ce fut un choc, car en combinant les meilleurs essais cliniques, il apparaissait qu'« il n'y a aucune preuve fiable que le dépistage diminue la mortalité par cancer du sein ». En d'autres termes, qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative de mortalité toutes causes entre les femmes dépistées et les non-dépistées. La conclusion de l'étude fut confirmée bien plus tard par la revue indépendante *Prescrire* en 2006. L'invité surprise de l'étude était le surdiagnostic, avec pour corollaire le surtraitement ou traitement inutile d'un cancer qu'on détecte mais qui, de toute façon, ne tuerait pas. Malheureusement, ces chercheurs n'eurent pas l'autorisation de publier leurs résultats parmi les revues *Cochrane*, sauf à la condition d'inclure des essais qu'ils considéraient comme biaisés, afin « d'améliorer » des résultats trop dérangeants. À la suite de longues négociations, en 2009, l'étude « édulcorée » indique que le dépistage est susceptible de réduire la mortalité par cancer du sein de 15 à 20 %, soit le maigre bénéfice d'une femme sur 2 000 sur une période de 10 ans. Mais dans le même temps, comme on a aussi tous les effets adverses du dépistage, le gain de mortalité est plus hypothétique.