



**DÉPISTAGE**

# Mammo ou pas mammo ?

Généralisé en France en 2004, le dépistage du cancer du sein a été largement promu comme un dispositif qui « sauverait » des vies. Toutefois, dès les années 2000, de nombreux épidémiologistes et chercheurs indépendants ont lancé des alertes sur une potentielle nocivité du dispositif.

**A**ctuellement, nous sommes au-delà de toute controverse. Les méfaits du dépistage sont connus et bien identifiés. Il faut donc, à présent, en informer les femmes.

### Quelques croyances et idées reçues

L'espoir que l'on fondait dans la détection précoce repose sur une idée erronée de la progression des cancers. Des cellules malignes se regroupent en petits nodules qui grossiraient, envahiraient progressivement l'organe, puis se dissémineraient dans l'organisme à distance (métastases) pour conduire au décès. Extirper le plus petit nodule possible reviendrait ainsi à régler le problème du cancer.

Le génie cancéreux est malheureusement bien plus complexe. Des cancers peuvent rester indolents du vivant de la personne, et d'autres être d'emblée agressifs et mortels. Les petites lésions, souvent peu agressives, représentent la majorité des cancers « récoltés » par le dépistage. Ce sont pour la plupart des cancers très lents, voire non évolutifs, qui ont un temps de séjour long dans le sein. Plus on dépiste, plus on a une probabilité de les débusquer petits, parce que naturellement leur potentiel de croissance est faible. Ils sont de très bon pronostic.

À l'inverse, gros ne signifie pas un cancer qu'on aurait « loupé » ou « pris trop tard ». Il s'agit souvent de formes de cancers portant en eux dès le départ des caractères biologiques qui en font des cancers graves. Le dépistage les rate. Ils sont volumineux au moment du diagnostic parce qu'ils croissent vite, leur séjour dans le sein est bref.

Ce sont ces cancers-là qu'on voulait « rattraper » grâce à la détection précoce, mais les cancers agressifs et de mauvais pronostic ne découlent pas des premiers, moins agressifs. Détecter de plus en plus de petites lésions ne règle pas le problème de cette population de cancers graves.

Inversement, on sait à présent qu'une bonne partie des cancers détectés lors d'un dépistage sont détectés en excès, car ils n'auraient jamais mis en danger la vie ni la santé des femmes.



*Contrairement à la mammographie de diagnostic, la mammographie de dépistage est celle, routinière, qu'on demande de réaliser aux femmes de 50 à 74 ans tous les deux ans, en l'absence de tout symptôme.*

Avoir des cellules malignes dans un organe ne fait pas du sujet un « malade du cancer ». Cet excédent de cancers trouvés s'appelle le surdiagnostic, et c'est, avec d'autres effets adverses, l'effet indésirable majeur de ce dépistage.

### Mammo de dépistage : attentes et inconvénients

La mammographie de diagnostic est motivée par l'apparition d'un signe, d'un symptôme dans le sein qu'il convient d'explorer (boule, déformation, rétraction mamelonnaire, induration).

Contrairement à la mammographie de diagnostic, la mammographie de dépistage est

celle, routinière, qu'on demande de réaliser aux femmes de 50 à 74 ans tous les deux ans, en l'absence de tout symptôme. Elle n'est pas une méthode de prévention. Prévenir une maladie, c'est faire en sorte qu'elle ne survienne pas. Dépister, c'est rechercher une maladie chez une personne qui n'a aucun symptôme, et qui ne se plaint de rien. L'image mammographique restitue ce qui est déjà présent dans l'organe.

Les espoirs fondés sur le dépistage furent progressivement douchés par les études épidémiologiques et les constatations « en vraie vie ».

On constate que non, la mortalité par cancer du sein n'est pas réduite de façon significative par le dépistage massif, et surtout sont apparus des effets indésirables inattendus du dépistage, constatables en population.

### La fausse alerte

Il s'agit de la suspicion d'un cancer sur une image mammographique, mais qui ne se confirmera pas, cela après d'autres examens complémentaires, et parfois des biopsies (prélèvements dans le sein) dont le nombre s'est largement accru depuis qu'on dépiste. Connaître une fausse alerte est souvent très stressant pour la femme, car elle doit attendre plusieurs jours, voire plusieurs semaines avant la confirmation de l'absence de maladie.

Selon une évaluation de chercheurs nordiques indépendants Cochrane, (2) pour 2 000 femmes dépistées sur 10 ans, au minimum 200 femmes subiront une fausse alerte, et parmi elles plusieurs subiront une biopsie.

### Le surdiagnostic...

Un surdiagnostic se définit comme le diagnostic d'une « maladie » qui, si elle était restée méconnue, n'aurait jamais entraîné d'inconvénient sur la santé de la patiente, ni n'aurait mis en danger sa vie. Ce n'est pas une erreur de diagnostic. C'est réellement un cancer au vu de sa définition actuelle, mais de détection sans utilité pour la patiente.

Peut-on réellement être porteur de cellules cancéreuses qui ne mettent pas l'individu en danger ? Eh bien oui, des études d'autopsie

### Quelques chiffres

Le parc des sénographes, les appareils permettant de réaliser les mammographies, est passé de 308 sénographes avec 350 000 mammographies dans les années 80, à 2 511 sénographes avec 3 millions de mammographies en 2000 (1).

La mammographie est une radiographie du sein par rayons X, il faut aplatir au maximum l'organe pour que les rayons X le traversent, occasionnant au mieux une gêne, au pire une réelle douleur, souvent décrite par les femmes. 80% des femmes allèguent une sensation douloureuse.



de sujets décédés d'autre chose que du cancer et l'examen de pièces chirurgicales lors de réductions mammaires montrent l'extrême fréquence de la présence de lésions cancéreuses et pré-cancéreuses latentes.

La réalité du surdiagnostic est absolument irréfutable de nos jours, sa démonstration se base sur des études épidémiologiques de haut niveau de preuve en comparant des populations dépistées et non dépistées. Partout où le dépistage existe, il y a un excédent de cancers parmi les populations dépistées.

Parallèlement, cette surdéttection ne s'accompagne d'aucun gain de survie pour les femmes par rapport à celles non dépistées, il n'y a pas de différence significative dans les chiffres de mortalité entre les groupes de femmes dépistées et non dépistées.

### ... et le surtraitement

La conséquence directe et tangible du surdiagnostic pour les femmes, c'est le surtraitement. En effet, toute lésion vue sera traitée, qu'elle soit de diagnostic utile ou pas. Le surdiagnostic est visible en population, mais pour une patiente chez laquelle on dépiste une lésion, rien ne permet d'affirmer qu'on a affaire à une

lésion surdiagnostiquée ; pour la femme et pour son médecin, il s'agit d'un « diagnostic ».

Les mastectomies (ablation des seins) n'ont fait qu'augmenter depuis qu'on dépiste, ainsi que les radiothérapies et les chimiothérapies. On ne peut donc en aucun cas parler d'allègement thérapeutique. Tous ces traitements lourds ont un retentissement non négligeable sur la vie affective, sociale, professionnelle, économique de la femme, sur sa santé physique et psychique. Et tout cela sans réduction de la mortalité imputable au dépistage.

Pour être bien précis, on meurt moins du cancer de nos jours qu'il y a 50 ou 60 ans. Mais lorsqu'on examine les données statistiques de mortalité des pays qui dépistent, on s'aperçoit que la mortalité par cancer du sein commence à baisser avant l'instauration des campagnes de dépistage. Par exemple au Royaume-Uni, on assiste, entre 1985 et 1993, à une baisse de 11 % de la mortalité par cancer du sein, alors que le dépistage n'a été opérationnel qu'en 1988. De plus, si le dépistage était réellement efficace, la baisse de mortalité aurait dû s'accroître d'autant plus qu'on dépiste. Or, ceci n'est pas constaté non plus.

Alors, par quoi cette baisse s'explique-t-elle ?

Les avancées thérapeutiques des années 1990 ont contribué à réduire la mortalité ; et peut-être aussi les campagnes de prévention sur l'activité physique, la prévention de l'obésité, du tabagisme, de l'alcoolisme...

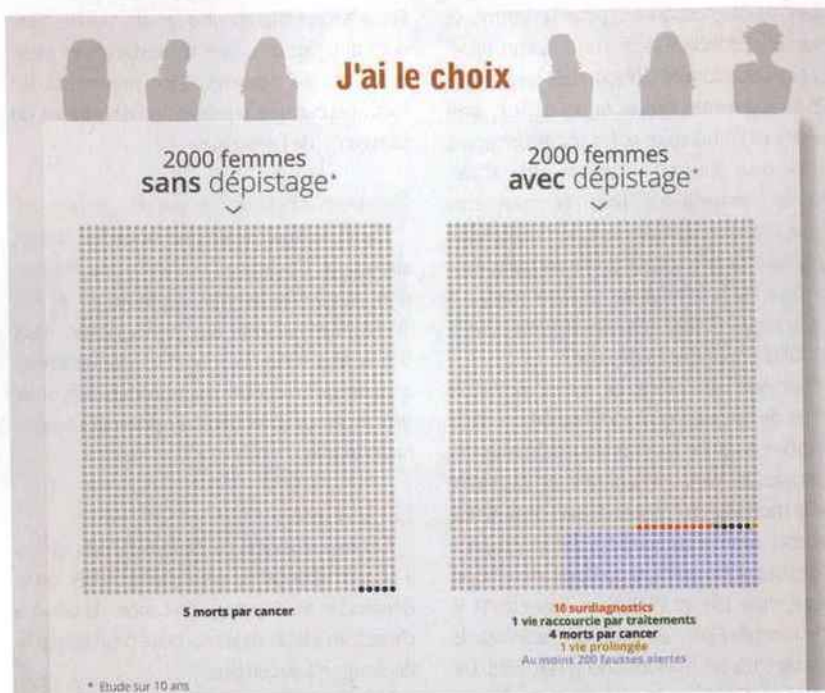
### Peut-on chiffrer le surdiagnostic ?

De la même façon que pour les fausses alertes, la Cochrane a réalisé une estimation : sur 2 000 femmes dépistées en 10 ans, 10 femmes subiront un surdiagnostic. Mais des études récentes sont plus alarmantes et arguent qu'un cancer sur trois détectés, voire un cancer sur deux détectés pourrait l'être de façon inutile.

### J'ai le choix

On meurt moins du cancer du sein qu'il y a 50 ans, mais on ne peut pas attribuer cette diminution au dépistage du cancer du sein. La chute formidable de la mortalité promise par le dépistage n'a pas eu lieu.

Une étude d'un scientifique britannique (3) explique que lorsqu'on intègre dans le calcul de la mortalité les cas de décès dus aux inconvénients du dépistage (complications chirurgicales, cardiovasculaires, cancers radio-



Dépistage mammographique des femmes de 50 à 74 ans. Source : Gotzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6 : CD001877

induits après radiothérapie), le gain en termes de « vies sauvées » est nul. L'hypothétique bénéfique (peut-être une vie sauvée grâce au dépistage) est négativement contrebalancé par au moins un décès dû au surtraitement.

La chute des cancers graves ne s'observe pas non plus. Les traitements ne sont pas allégés. Les détections inutiles et les fausses alertes ne font que croître parallèlement à l'intensité du dépistage. Il faut donc en informer les femmes.

Dans beaucoup de pays, elles disposent de cette information sous forme de ce qu'on appelle des « outils d'aide à la décision ». Ce sont des arbres de décision ou des visuels à points qui leur permettent de comprendre, de

façon imagée, les tenants et aboutissants d'un dépistage. Ils permettent à toute femme de faire un choix éclairé et de prendre une décision personnelle bien informée.

Ci-dessus, le visuel de Cancer Rose, dont les sources sont l'évaluation Cochrane et l'étude du Pr Baum (3) sur la mortalité lorsqu'on inclut les effets mortels dus au dépistage.

### Pour une information loyale et mature

Ce que les femmes doivent revendiquer actuellement à cor et à cri, c'est de l'information loyale et mature, pour qu'elles puissent prendre la décision de dire oui ou de dire

non au dépistage mammographique, sans être culpabilisées ou forcées par le corps médical, par les slogans médiatiques des campagnes roses, ou par l'entourage.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise décision, il n'y a qu'une décision, celle de la femme, prise en son âme et conscience ■

**> Dre Cécile Bour.**  
Médecin radiologue, présidente du collectif Cancer Rose, pour une information objective des femmes sur le dépistage du cancer du sein.

## Cancer Rose

Des médecins indépendants, une toxicologue et une patiente animent ce site pour faire connaître les données scientifiques les plus objectives et les plus récentes sur le dépistage du cancer du sein, celles dont on prive les femmes lors des campagnes d'Octobre rose.  
Site Internet : [www.cancer-rose.fr](http://www.cancer-rose.fr)

## Pour aller plus loin

• Dépistage du cancer du sein – La grande illusion, Dr Bernard Duperray, médecin radiologue, éd. Thierry Souccar.



### Mammo ou pas mammo ?

Toutes les femmes sont sensibilisées aux bénéfices du dépistage du cancer du sein par les médias, l'Assurance maladie, les médecins... mais combien savent que faire une mammo tous les deux ans comporte aussi des risques ?

Car des risques, il y en a, à commencer par celui du surdiagnostic, qui peut conduire à des examens et des traitements inutiles et angoissants. Ces risques sont tels que la question du dépistage fait aujourd'hui l'objet d'une vive controverse au cœur de la communauté scientifique. Un débat dont les femmes sont tenues à l'écart.

Voici un guide didactique pour aider les femmes à prendre une décision, élaboré à partir de questions posées par des patientes lors des consultations du Dr Bour.  
De la Dre Cécile Bour, éd. Thierry Souccar.

1. Remontet L, Estève J, Bouvier et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2003; 51:3-30.

2. En combinant les résultats de toutes études sur le dépistage, ils ont pu faire une estimation des résultats, résumée ici : [https://www.cochrane.org/fr/CD001877/BREASTCA\\_depistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie](https://www.cochrane.org/fr/CD001877/BREASTCA_depistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie)

3. «Harms from breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included». Par Pr M.Baum, *BMJ* 2013 ; 346 doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.f385> (publié le 23 janvier 2013). <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f385>

Titre de l'étude traduit en français : « Les effets nocifs du dépistage du cancer du sein l'emportent sur les bénéfices si le décès causé par le traitement est inclus dans les taux de mortalité ».