

Avastin Le ministère de la Santé s'obstine

Hypertension légère
L'utilité des médicaments mise en doute

Dépistage du cancer du sein
Un bénéfice douteux

HISTOIRE DE SANTÉ
« J'ai vaincu ma peur de l'eau »

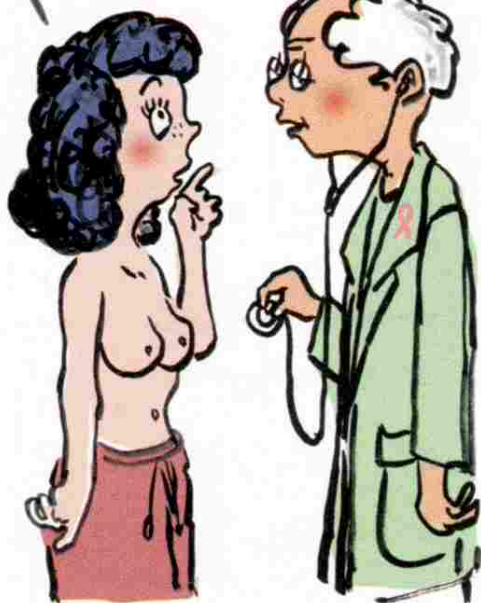
DÉCRYPTAGE
Euthanasie
L'expérience d'autres pays

MIEUX SE CONNAÎTRE POUR SE SOIGNER
Je rate tout
ce que je fais

MÉDICAMENTS
Bien prendre
les antireflux (IPP)

GROS PLAN SUR...
Le coût des
antireflux (IPP)

JE POURRAIS DÉCIDER ?



Bien sûr! Vous pouvez :

- PARTICIPER AU DÉPISTAGE
- PASSER UNE MAMMOGRAPHIE
- VOUS FAIRE DÉPISTER

Vous voyez
que vous avez
le choix!

→ DOSSIER

Catherine Sokolsky

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Un bénéfice douteux

Comme chaque année, ce mois d'octobre est coloré en rose, une initiative venue des Etats-Unis et reprise par l'Institut national du cancer pour sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein. Depuis de nombreuses années, l'argument choc est le même : la mammographie de dépistage diminue de 30 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes qui s'y soumettent régulièrement. Pourtant, cette affirmation a été battue en brèche depuis plus de douze ans. Dans plusieurs pays, le débat fait rage, les autorités sanitaires anglaises ont décidé de revoir le dossier et la communication sur le sujet. La France reste remarquablement à l'écart et refuse jusqu'à présent de regarder les données scientifiques indépendantes.

suite page 4 →

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
Un bénéfice douteux

→ suite de la page 1

AVERTISSEMENT Exceptionnellement, les magazines *Que Choisir Santé* et *Que Choisir* publient chacun dans leur numéro d'octobre un dossier sur le dépistage du cancer du sein. Etant donné l'importance du sujet et les positions prises par l'UFC-Que Choisir sur le sujet, il nous a semblé nécessaire de le traiter dans les deux supports, même si les informations s'y recoupent nécessairement.

Tout a commencé en 1999 lorsque le gouvernement danois demanda au Pr Peter Gøtzsche de revoir les essais qui avaient accrédité le chiffre de 30 % de diminution de la mortalité par cancer du sein grâce au dépistage du cancer du sein par mammographie. Le Pr Gøtzsche était directeur du centre nordique de la collaboration Cochrane. Cette institution créée en 1993 regroupe des chercheurs indépendants et a pour but d'évaluer les traitements médicaux et les méthodes de dépistage. Pour le dépistage du cancer du sein, le travail du Pr Gøtzsche et de son collègue consista en l'examen des huit essais sur le sujet suivant la méthodologie de la collaboration Cochrane. Ces essais sont ce qu'on appelle des essais randomisés, dans lesquels on compare deux groupes de personnes les plus semblables possibles, l'un recevant le traitement ou le dépistage et l'autre pas. Ce type d'étude est considéré comme étant le plus fiable pour évaluer l'efficacité d'une intervention médicale. À condition que la méthodologie soit rigoureuse et obéisse à certaines règles. Or, si la méthode Cochrane était rigoureuse, celle des essais en question l'était nettement moins. Selon leur analyse, aucun d'entre eux ne pouvait être considéré comme étant de haute qualité, deux étaient de qualité moyenne, trois de qualité médiocre et deux qualifiés d'insuffisants.

Une étude qui fait du bruit... à l'étranger

Les résultats parurent en janvier 2000 dans l'une des revues médicales internationales les plus réputées⁽¹⁾. Les deux meilleurs essais ne montraient aucun effet du dépistage tant sur la mortalité par cancer du sein que sur la mortalité globale. Les auteurs avaient également passé au crible une méta-analyse de cinq des essais (tous suédois) qui concluait à une diminution de 29 % de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Le Pr Gøtzsche découvrit que la mortalité globale était plus élevée chez les femmes dépistées. L'article entraîna des réactions qui dépassèrent largement le débat scientifique. Malgré le sérieux du travail des chercheurs de la collaboration Cochrane et le soutien de certains spécialistes indépendants et courageux, le dépistage organisé continua son développement dans la plupart des pays développés. En France, le Dr Bernard Junod, médecin en santé publique, a relevé qu'en vingt-cinq ans, la mortalité par cancer du sein avait peu changé, mais que les diagnostics avaient doublé avec le dépistage. Mis à pied, ce lanceur d'alerte poursuivit sa carrière à l'étranger. Mais avec les années, les études continuaient. Et cette fois, dans les conditions du réel à l'échelle de pays entiers.

L'exemple danois

Ces dernières années, plusieurs articles visant à évaluer l'impact du dépistage ont été publiés. Force est de constater que les résultats sont loin de démontrer un effet bénéfique du dépistage. Parmi ces travaux, le plus exemplaire est peut-être une étude danoise parue en 2010, ayant bénéficié de conditions quasi expérimentales⁽²⁾. En effet, pendant dix-sept ans, le dépistage avait été introduit dans seulement deux régions du Danemark, soit 20 % de la population. Les femmes vivant dans le reste du pays

(1) « Is screening for breast cancer with mammography justifiable? » *The Lancet*, 8/1/2000.

(2) « Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study », *British Medical Journal*, 23/3/10.

Surdiagnostic et surtraitement

Le dépistage entraîne la détection précoce de cancers mortels mais aussi de cancers sans danger qui n'entraîneront pas la mort et ne causeront pas de symptômes. C'est ce qu'on appelle le surdiagnostic. Le surtraitement en est le corollaire: qui dit diagnostic de cancer, dit toujours traitement. Il est connu que des petits cancers du sein, appelés carcinomes *in situ*, peuvent ne pas entraîner de maladie invasive mortelle.

Des cancers invasifs qui régressent

Il est moins connu et bien plus difficile à accepter que des cancers invasifs puissent avoir le même bon pronostic. Des examens effectués lors d'autopsies ont révélé que des cancers invasifs de la prostate étaient présents chez 60 % des hommes de la soixantaine alors que le risque de mourir de ce cancer tout au long de la vie est de seulement 3 %.

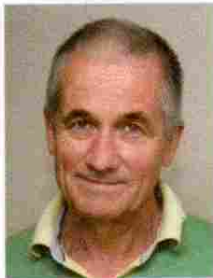
D'autres autopsies ont montré que 37 % de femmes âgées de 40 à 54 ans mortes d'autres causes que le cancer du sein présentaient des lésions de cancer invasif ou non invasif dont la moitié étaient visibles sur les radiographies.

Un taux de surdiagnostic important

Le surdiagnostic a pu être mis en évidence à la fois dans les revues des essais randomisés et les études de population dans plusieurs pays

ayant généralisé le dépistage. En effet, si tous les cancers détectés pendant la période de dépistage préconisée, entre 50 et 70 ans, avaient été de « vrais cancers », on aurait dû constater une baisse du nombre de cas après 70 ans. Or il n'en a rien été. On a ainsi pu évaluer le taux de surdiagnostic et de surtraitement à environ 30 %.

SOURCE: « Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends », *British Medical Journal*, 25/7/09.



Le Pr Peter Gøtzsche, spécialiste de médecine interne, a cofondé en 1993 la collaboration Cochrane, qui regroupe des chercheurs indépendants du monde entier et dont le but est d'évaluer traitements et méthodes de dépistage. La même année, il a mis sur pied le centre nordique Cochrane. Il enseigne la conception et l'analyse de la recherche clinique à l'université de Copenhague au Danemark.

Un livre brûlot sur la mammographie

« Si Peter Gøtzsche n'existait pas, il faudrait l'inventer. » Cette louange appuyée a pour auteure la présidente du Collège royal des médecins généralistes britanniques et provient de la préface du livre du Pr Gøtzsche paru en 2012⁽¹⁾. Ce dernier y raconte comment il en est venu à examiner de façon indépendante les « preuves » de l'efficacité du dépistage et les répercussions dramatiques entraînées par ses conclusions.

Tire-t-on les leçons du passé ?

Manifestement pas dans le domaine médical. L'exemple du Distilbène est pourtant encore dans toutes les mémoires. Ce médicament donné aux femmes enceintes pour éviter les fausses couches a été l'un des plus grands scandales médicaux du XX^e siècle. Prescrit largement pendant des dizaines d'années, il s'est non seulement révélé inefficace, mais il a entraîné quelques cancers du vagin et de nombreuses malformations génitales chez les enfants, rendant fréquemment les filles stériles. Or dans les années 50, une étude très sérieuse avait démontré que le Distilbène n'avait aucune efficacité. Que de souffrances auraient pu être évitées si l'on avait tenu compte de ce travail !

De la même façon, dès la fin des années 80, certains travaux suggéraient déjà que la mammographie de dépistage n'était pas aussi efficace qu'annoncé. C'est le refus des autorités anglaises de donner cette information aux femmes qui fit démissionner le Pr Michaël Baum du comité directeur officiel sur le cancer du sein en 1997. Le Pr Baum avait pourtant participé avec enthousiasme à l'organisation du dépistage organisé en Grande-Bretagne. Mais selon ses propres dires, « en tant que scientifique, quand les données évoluent, je change d'opinion ». Dans son livre, le Pr Gøtzsche raconte comment ce furent précisément ces doutes qui poussèrent

le gouvernement danois à demander à la collaboration Cochrane (voir page 4), dont il dirige le centre pour les pays nordiques, de revoir les données concernant l'efficacité de la mammographie de dépistage.

Le constat d'inefficacité en Suède

En 1999, deux auteurs suédois publiaient une étude dont la conclusion montrait l'inefficacité du dépistage. Cette évaluation avait été possible car la moitié des essais sur la mammographie avait été effectuée en Suède. Le plus célèbre d'entre eux, dit essai des deux comtés, publié en 1985, avait montré une réduction de 30 % de la mortalité par cancer du sein. Le dépistage fut organisé très rapidement. Quatre ans après la publication de l'essai des deux comtés, 85 % des femmes suédoises de 50 à 69 ans étaient

« Nous ne pouvions pas exclure la possibilité que le dépistage fasse plus de mal que de bien »

entrées dans le programme de dépistage. La conclusion de l'étude publiée en 1999 fut donc une surprise totale. Les auteurs appelèrent à un réexamen de la logique sous-tendant le dépistage. « Ce qui s'en suivit, écrit le Pr Gøtzsche, contenait tous les ingrédients qui devaient régner dans les débats internationaux sur la mammographie pendant les dix années suivantes. Fausses analyses statistiques, accusations de mauvaise science face à des résultats dérangeants, argument du "vous n'êtes pas l'un des nôtres" (et donc indigne d'être écouté), conflits d'intérêts, spéculations sur les motivations de ses opposants et pauvres connaissances sur les bases du dépistage du cancer. Si cela n'était pas suffisant, les défenseurs du dépistage jouaient la dernière carte que j'appellerais l'argument du "vous êtes en train de tuer mes patients". En clair : ceux qui posent des questions

au sujet du dépistage sont responsables de la mort de nombreuses femmes. »

En effet, après la publication de son rapport, le Pr Gøtzsche dut faire face à toutes ces difficultés. Sa conclusion était que les bases scientifiques justifiant le déploiement du dépistage par mammographie étaient très douteuses. « Nous notions également que nous ne pouvions pas exclure la possibilité que le dépistage fasse plus de mal que de bien. »

Le soutien de la presse

Ces résultats, pourtant obtenus grâce à l'analyse de spécialistes indépendants qui avaient fait le travail qu'on leur avait demandé, n'eurent pas l'heur de plaire, y compris au sein de la hiérarchie de la collaboration Cochrane. Il fallut au Pr Gøtzsche cinq années de patience et de ténacité pour que la première évaluation

Cochrane complète paraisse. En effet, pendant des années, les responsables de Cochrane lui mirent des bâtons dans les roues, empêchant avec obstination la publication des

effets délétères du surdiagnostic et du surtraitement entraînés par le dépistage. Le soutien vint de journaux prestigieux comme *The Lancet*. Dans un éditorial cinglant, son rédacteur en chef critiqua vertement la collaboration Cochrane qui ne respectait pas ses propres principes et déclara qu'il n'y avait pas de données fiables en faveur du dépistage organisé. Accusations personnelles violentes, manipulations de chiffres, menaces de mort sur une journaliste suédoise ayant rendu compte des travaux du Pr Gøtzsche, on est parfois éberlué par le récit de ce dernier où l'on voit que, dans le domaine scientifique comme ailleurs, les vérités ne sont pas toujours bonnes à dire.

(1) « Mammography screening. Truth, lies and controversy », Radcliffe Publishing, 2012 (non traduit à ce jour).

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
Un bénéfice douteux

n'avaient pas été invitées au dépistage, qui resta très marginal dans ces régions. Or dans les régions dépistées, la mortalité diminua de 1 % contre 2 % dans les régions non dépistées.

Ce même décalage dans le temps du déploiement du dépistage permit à une équipe de chercheurs de comparer des pays en fonction de cette donnée⁽³⁾. Ils ont ainsi analysé trois paires de pays de même niveau socio-économique et de système de santé comparable mais ayant organisé le dépistage du cancer du sein avec un décalage de dix à quinze ans. Résultat : des chiffres de mortalité par cancer du sein très proches dans tous les pays, quel que soit leur niveau de dépistage. Conclusion des auteurs : « *Le contraste entre la date d'implantation du dépistage du cancer du sein et la similarité dans la diminution de la mortalité entre les paires de pays ne plaide pas en faveur d'un grand rôle pour la mammographie. Les explications sont davantage à trouver du côté des progrès thérapeutiques et de l'amélioration des systèmes de santé.* »

Des scientifiques s'insurgent

L'efficacité du dépistage par mammographie semble donc loin d'être prouvée. En revanche, certaines conséquences pour les femmes sont bien réelles. Biopsies, traitements plus ou moins lourds sont le lot de nombreuses femmes ayant effectué des mammographies. Un argument avancé par les protagonistes du dépistage est celui de la diminution du nombre de mastectomies (ablations totales du sein). Une étude effectuée en Norvège a montré qu'au contraire, le taux de mastectomies a augmenté chez les femmes ayant effectué des mammographies⁽⁴⁾. Le dépistage entraîne en effet ce qu'on appelle des surdiagnostics et des surtraitements (voir encadré page 4).

Face au constat faisant de plus en plus pencher du côté négatif la balance bénéfices/risques du dépistage, de nombreux scientifiques de renom se sont récemment exprimés dans la presse médicale internationale et dans la grande presse pour réclamer des modifications dans l'information qui est donnée aux femmes sur le sujet. En 2009, une série de chercheurs écrivent une lettre au magazine *The Times* appelant à la réécriture de l'invitation au dépistage organisé car « *aucune des invitations au dépistage ne dit la vérité concernant ses risques et ses bénéfices* ». En novembre 2010, 27 experts internationaux écrivent au *British Medical Journal*, autre revue médicale de portée internationale dans laquelle ils déclarent que les bénéfices du dépistage avaient été exagérés et ses risques minimisés.

Les derniers résultats

Début 2012, la collaboration Cochrane a publié une révision de l'évaluation du dépistage du cancer du sein effectuée en 2008. Cette dernière précisait : si 2 000 femmes sont examinées régulièrement pendant dix ans, une seule d'entre elles bénéficiera

INTERVIEW

En octobre « rose » 2011 paraissait le livre de Rachel Campergue, *No mammo*, préfacé par le Dr Bernard Junod, professeur à l'École des hautes études en santé publique de Rennes jusqu'en 2009. Très argumenté, ce livre qui remet en cause le dépistage du cancer du sein par mammographie a suscité de violentes réactions.

Que Choisir Santé : Qu'est-ce qui a motivé votre décision d'écrire ce livre ?

Rachel Campergue : Tout a commencé avec la réaction stupéfiante d'un gynécologue de Tahiti. « *C'est de l'inconscience !* » s'est-il écrié lorsque j'ai refusé la mammographie à l'âge de 42 ans. Il m'a remis la prescription de force dans les mains sans même me raccompagner à la porte. Sur le moment, j'ai pensé « *cause toujours* » et suis retournée filmer mes requins sur l'atoll de Rangiroa où je travaillais alors. Deux ans plus tard, même topo avec un autre gynécologue. Cette insistance, sans réponses aux questions posées, ressemblait davantage à de la propagande qu'à de l'information, et je ne voyais aucune raison d'obéir à une consigne sans explication valable. Ces réponses, je suis allée les chercher ailleurs. Entre deux plongées, j'ai donc été sur Internet et suis tombée sur les méta-analyses de l'institut Cochrane nordique, sur les travaux des Drs Bernard Junod, Per-Henrik Zahl, Gilbert Welch, pour ne citer qu'eux. Et le tableau de la mammographie brossé par ces chercheurs était très loin de celui, idyllique, peint par les campagnes de sensibilisation.



No mammo ?
Enquête sur le dépistage du cancer du sein, Rachel Campergue, éd. Max Milo, 2011.

Son blog : www.expertise.citoyenne.com

L'avis de l'UFC-Que Choisir

POSITION 1 Les décisions de mise en œuvre, puis de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein se sont fondées sur des données scientifiques aujourd'hui rejetées pour certaines, contestées pour d'autres. En conséquence, l'UFC-Que Choisir demande le réexamen des données scientifiques sur le dépistage du cancer du sein par un collège d'experts indépendants.

POSITION 2 Dans l'attente du rendu des conclusions du collège d'experts, la campagne d'information actuelle doit être révisée, et toute femme qui le souhaite doit demeurer libre de participer gratuitement au dépistage.

POSITION 3 L'UFC-Que Choisir demande un moratoire sur l'intégration de l'indicateur « Dépistage du cancer du sein » dans la rémunération à la performance des médecins.



Rachel Campergue

Elle a exercé pendant quatorze ans comme kinésithérapeute avant de consacrer dix ans de sa vie à filmer les requins sur l'atoll de Rangiroa en Polynésie française.

Q.C.S. : Quelles ont été les réactions à la sortie du livre ?

R.C. : Étendues sur toute la gamme ! D'abord certaines réactions très violentes de « survivantes ». On m'a souhaité un cancer du sein, je fus accusée d'avoir voulu « faire du fric » avec un livre à sensation alors que je n'ai pas touché un centime de droit d'auteur. J'étais traînée dans la boue par celles-là mêmes dont je souhaitais ouvrir les yeux. Réactions violentes, mais humaines : il est plus « confortable » de s'en prendre aux porteurs de mauvaises nouvelles plutôt qu'aux faiseurs de belles promesses. Ceux qui remettent en cause la mammographie sont souvent accusés de minimiser la gravité du problème du cancer du sein. Bien au contraire, c'est parce qu'ils en ont pleinement conscience qu'ils jugent dramatique de persister à promouvoir une procédure qui n'a pas l'impact escompté sur la mortalité par cancer du sein. Nous nous attaquons là au mythe sur lequel repose la popularité de la mammographie : toute femme dont le cancer a été détecté par la mammographie est persuadée qu'elle lui a sauvé la vie. Or, c'est terrible à dire, mais il y a davantage de chances que sa vie ait été gâchée par la mammographie que sauvée par elle, tout simplement parce que l'équation « cancer détecté = vie sauvée » est

fausse. Risque de traitement inutile donc. Non seulement inutile, mais dangereux. À côté de ces réactions, certaines « récalcitrantes » au dépistage m'ont remerciée de les avoir rassurées sur leur santé mentale que leur entourage et les institutions mettaient sérieusement en doute. Il y a eu aussi le soutien de nombreux généralistes, du Formindep et – qui l'eût cru – de certains radiologues.

Q.C.S. : Qu'est-ce qui devrait changer selon vous ?

R.C. : L'information donnée aux femmes devrait davantage être en rapport avec les conclusions des études scientifiques. Notre conception de la « responsabilité » doit également changer. On nous rabâche que faire ses mammographies régulièrement,

peut être une instance de santé publique, les « experts », notre médecin, une célébrité. Paradoxalement, il semble que le domaine où nous devrions déléguer le moins – notre santé – soit celui où nous avons le plus tendance à faire aveuglément confiance à autrui. Nous pesons parfois davantage le pour et le contre de façon autonome dans le choix d'une machine à laver que quand il s'agit de participer ou non au dépistage. On m'a souvent posé cette question sans réaliser à quel point elle était teintée de paternalisme : « Alors, que faut-il dire aux femmes ? De ne pas se faire dépister ? » Il serait peut-être temps de cesser de nous dire quoi faire, tout simplement. Pourquoi ne pas nous informer, objectivement j'entends, et nous laisser ensuite décider par nous-mêmes comme de vraies adultes dotées

d'un vrai cerveau ?

En résumé, il y a deux choses extrêmement gênantes dans le dépistage par mammographie tel qu'il est promu actuellement..

En premier lieu, ce gouffre entre les données scientifiques et le message délivré au grand public. En second lieu, il persiste un paternalisme très tenace dans la communication au sujet de ce cancer. Contenu et ton des campagnes sont tous deux à revoir. L'un est erroné et l'autre infantilisant.

« Contenu et ton des campagnes sont tous deux à revoir. L'un est erroné et l'autre infantilisant »

c'est « être responsable ». Or la véritable responsabilité, c'est d'abord passer l'information, quelle que soit sa provenance, au travers d'un filtre critique. C'est aussi cesser de déléguer nos décisions à l'autorité en général, c'est-à-dire quelqu'un qui, à tort ou à raison, a de l'ascendant sur nous. Ce

réellement du dépistage par le fait qu'elle évitera ainsi la mort par cancer du sein. Dans le même temps, 10 femmes en bonne santé deviendront, à cause de ce dépistage, des patientes cancéreuses et seront traitées inutilement. Ces femmes perdront une partie ou la totalité de leur sein et elles recevront souvent une radiothérapie et parfois une chimiothérapie. En outre, environ 200 femmes en bonne santé seront victimes d'une fausse alerte. Le stress psychologique de l'attente du résultat pour savoir si elles ont vraiment un cancer et celui de la suite des soins peut être sévère. En 2012, les auteurs de la collaboration Cochrane précisent que ces chiffres proviennent d'essais et que, depuis, le traitement du cancer s'est considérablement amélioré. En outre, d'après les dernières études, le dépistage ne réduit pas le risque global de décès ou le risque global de mourir d'un cancer (y compris d'un cancer du sein). Fin 2011, les autorités anglaises ont fait un grand pas en décidant une révision de toutes les données sur le dépistage du cancer du sein : études, essais dont les résultats devraient aboutir avant la fin

de l'année. L'information donnée aux femmes sur le dépistage est également en cours de modification. En France, rien de tel n'est mis en place. Certains spécialistes militent même pour l'extension du dépistage aux femmes de 40-50 ans. Les médecins sont incités financièrement, par le biais du paiement à la performance, à faire du chiffre en multipliant les mammographies. Comment, dans ces conditions, imaginer qu'ils donnent facilement une information équilibrée aux femmes leur permettant de faire un choix éclairé ? Il devient impératif que les pouvoirs publics revoient l'ensemble du dossier. C'est ce que demande officiellement l'UFC-Que Choisir (voir encadré ci-contre). ■

(3) « Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment : trend analysis of WHO mortality database », *British Medical Journal*, 6/9/11.

(4) « Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway : comparative analysis of cancer registry data », *British Medical Journal*, 13/9/11.