

Mammographie **Stop** ou

Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est-il toujours justifié? Des études indiquent que la balance bénéfices/risques mériterait d'être réévaluée. Un discours que refusent d'entendre les autorités de santé. Déni ou incompetence?

D

ébut février, en pleine vague de froid, se sont produits à quelques jours d'intervalle deux événements marquants qui sont parvenus à replacer sous les feux de l'actualité un sujet chaud s'il en est: le dépistage du cancer du sein par mammographie. Le 3 février, la Haute Autorité de santé (HAS) tenait à Paris une conférence de presse à l'occasion de la publication de ses dernières recommandations sur la meilleure façon d'augmenter la participation au dépistage organisé, tandis que le 7 du même mois, le Dr Peter Gøtzsche, directeur de l'Institut Cochrane nordique à Copenhague, en tenait une autre à Londres pour la sortie de son ouvrage *Mammography Screening: Truth, Lies and Controversy* (le dépistage du cancer du sein par mammographie: vérité, mensonges et controverse) qui, non seulement, remet profondément en cause l'intérêt de ce dépistage, mais également – et l'arroseur devient ici arrosé – accuse les promoteurs du dépistage de manquement à l'éthique.

Politiquement incorrect

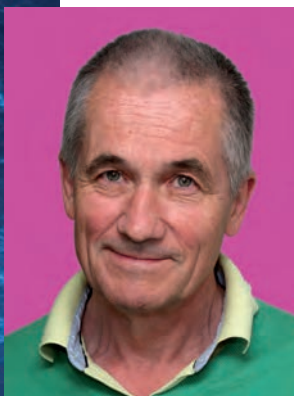
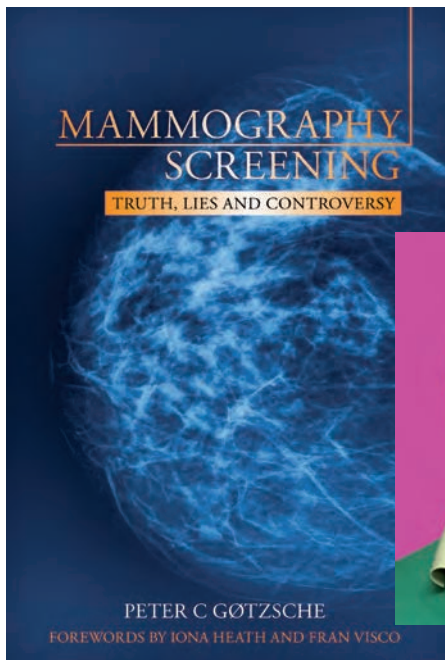
Le Dr Gøtzsche est loin d'être un inconnu dans le petit monde de la mammographie. Infatigable empêqueur de dépister en rond, il n'a cessé avec son équipe de passer en revue les études sur le sujet pour aider les décideurs en santé publique, mais surtout les premières intéressées, les candidates au dépistage, à répondre à la question: « *Le dépistage du cancer du sein par mammographie est-il justifié?* » Douze ans après s'être posé dans *The Lancet* cette politiquement incorrectissime question¹, il revient avec un ouvrage où il répond qu'il se pourrait bien que, considérant la balance bienfaits/dommages, ledit dépistage ne soit pas justifié après tout. Non seulement

il démontre qu'il n'a pas eu l'impact escompté sur la réduction de la mortalité par cancer du sein, mais pour la première fois, nous sont dévoilées, avec un humour parfaitement dosé, les manœuvres des institutions à l'encontre des lanceurs d'alerte qui tentent de faire prendre conscience aux femmes des risques associés à la mammographie de dépistage.

Des dommages mieux connus

La HAS avait donc, quant à elle, rendu sa copie le 3 février, non pas sur l'évaluation du bien-fondé du dépistage, mais sur « *la participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France* ». Le dépistage individuel (DI) a eu chaud: il est parvenu à échapper au dérembour-

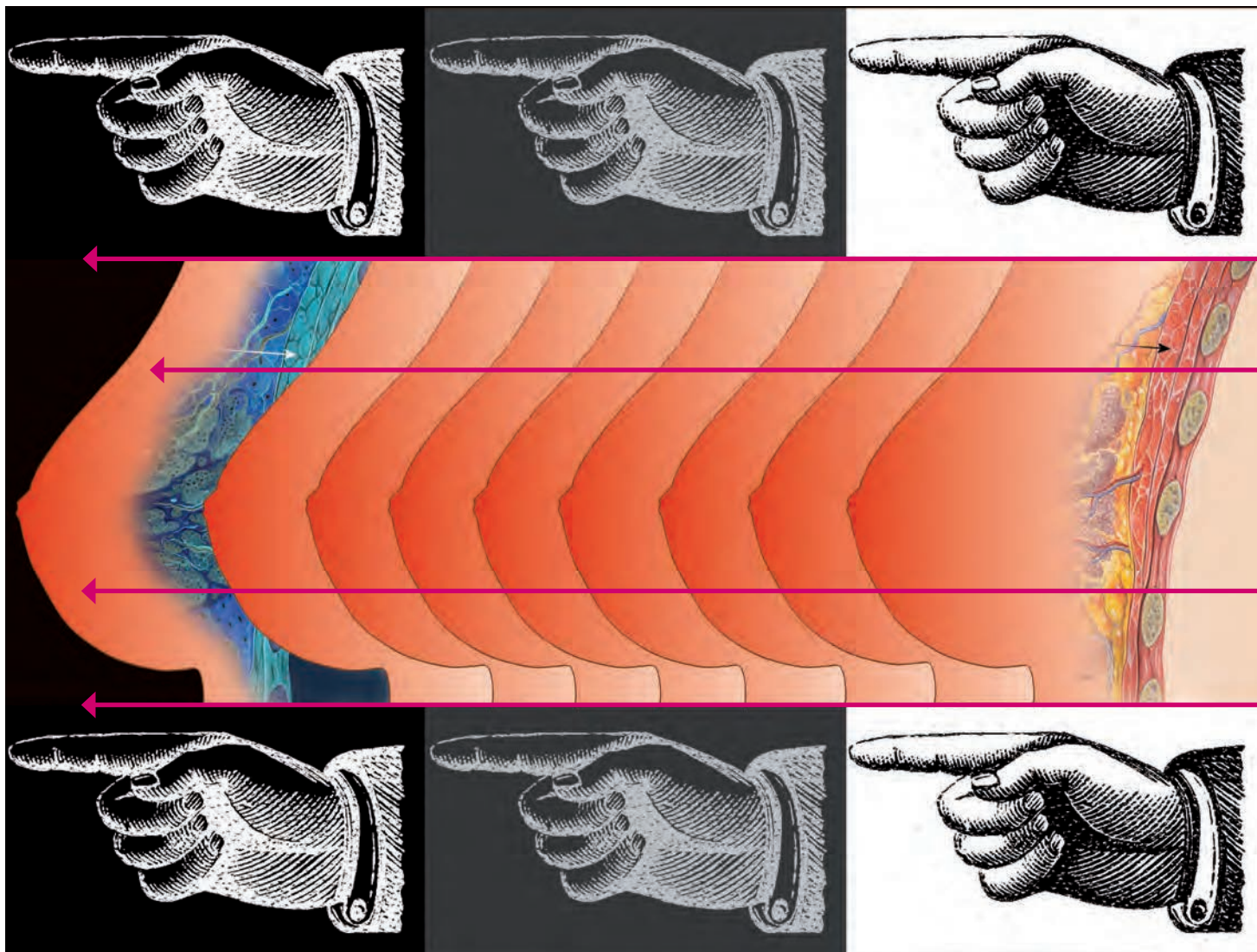
sement. De façon à promouvoir le DO (dépistage organisé) par rapport au DI, le Pr Jean-Luc Harousseau, président du collège de la HAS, compte davantage sur « *l'incitation forte* » des médecins généralistes². Pourtant, sur les quatre participants au groupe de travail de la HAS à avoir tenu à exprimer leur désaccord avec les recommandations, deux font partie de ces généralistes



Le livre du docteur Peter Gøtzsche relance la controverse sur le bien-fondé des mammographies.

encore ?

Par Rachel Campergue*



sur lesquels semble reposer à présent l'avenir du DO. Le Dr Philippe Nicot déclare: « Il n'y a plus de données scientifiques solides permettant de recommander le dépistage du cancer du sein de manière individuelle ou organisée. En effet le bénéfice en termes de mortalité est constamment revu à la baisse, et tant le surdiagnostic que le surtraitement ont des conséquences néfastes de mieux en mieux connues et importantes. »

Quant au Dr Julien Gelly, il fait remarquer qu'« avant d'entreprendre des recommandations visant à promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein par mammographies, il aurait été plus pertinent de réévaluer sa balance bénéfices/risques au regard des données actuelles de la science³. »

Une certaine inertie

Lorsque l'on apprend que ces deux médecins étaient les seuls généralistes à faire partie du groupe de travail de la HAS, la promotion du DO par leurs collègues paraît plutôt mal engagée. L'air de rien, en trois

phrases, ils vident ni plus ni moins de leur sens les 210 pages restantes des recommandations.

Cependant, la faute à cette inversion des priorités affichée par le sujet d'évaluation de ces dernières recommandations (la participation plutôt que le dépistage lui-même) n'est peut-être pas à reporter entièrement sur la HAS – elle n'a fait que « plancher » sur le sujet qui lui a été attribué –, mais plutôt sur une certaine inertie du fonctionnement des institutions. En effet, nous lisons sous la rubrique « saisine initiale » des recommandations de la HAS: « En 2007, afin d'améliorer la participation au dépistage organisé, la DGS (Direction générale de la santé) a demandé à la HAS d'évaluer la faisabilité et le coût de la substitution d'un double dispositif du dépistage du cancer du sein, dépistage individuel et dépistage organisé, par le dépistage organisé seul⁴. » Puis: « En 2008, la HAS a préconisé d'élargir le sujet à l'ensemble de la population cible du dépistage du cancer du sein. » Plus de quatre ans se sont ainsi écoulés entre la saisine

initiale et le moment où la HAS a rendu sa copie. De nombreuses études marquantes ont entre-temps apporté de nouvelles précisions sur l'ampleur des dommages entraînés par le dépistage par mammographie: surdiagnostic et surtraitement (Jørgensen et Gøtzsche, 2009⁵; revues Cochrane 2009 et 2011⁶; Junod, 2011⁷), augmentation du taux de mastectomies chez les dépistées (Suhrke, 2011⁸), et part négligeable du dépistage dans la réduction de la mortalité comparée à celle de l'amélioration des traitements (Autier, 2011⁹).

Aucun signal d'alerte...

Même si certains se refusent à percevoir le message envoyé par ces études, elles n'en remettent pas moins profondément en question la justification du dépistage du cancer du sein par mammographie. Sans se troubler aucunement, la HAS a donc poursuivi l'évaluation des moyens d'augmenter la participation. Belle constance ou dangereuse inertie? Va-t-on faire en sorte d'y remédier? Rien n'est moins sûr si l'on se base sur les propos du Pr Harousseau, interviewé par *Le Quotidien du Médecin*, affirmant: « Nous n'avons enregistré aucun signal qui puisse remettre en cause le principe même du dépistage¹⁰. » Les signaux provenant des études étrangères tout autant que françaises (Junod, Autier) n'étant pas parvenus à atteindre la HAS, il semble qu'il faille repartir à zéro. Nous lisons page 172 des nouvelles recommandations sous la rubrique « perspectives et pistes de recherche »: « Plusieurs besoins majeurs et axes de travail complémentaires ont été identifiés et devront être pris en compte afin d'améliorer le dépistage. » Et l'un de ces besoins est l'« évaluation du bénéfice/risque du dépistage du cancer du sein en France (nombre de cancers évités, nombre de femmes à dépister pour éviter un cancer, surdiagnostic et surtraitement) ».

Exception française?

À la lecture de ce qui précède, il est à craindre que nous soyons une fois de plus victimes de cette propension très française qui consiste à ignorer superbement les conclusions des études épidémiologiques sur le dépistage du cancer du sein par mammographie déjà effectuées à



l'étranger puisqu'elles n'ont pas été conduites sur des cohortes de Françaises, qui, comme chacun sait, sont constituées différemment de leurs voisines européennes. Crainte confirmée si l'on veut bien se souvenir des propos d'Agnès Buzyn dans le *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins* des mois de janvier et février 2012: « La France ne l'ayant instauré [le dépistage organisé] qu'en 2004, le recul est insuffisant pour tirer des conclusions¹¹. »

Ainsi, munis de nos jolies œillères tricolores, nous attendrons donc impassiblement les résultats de nos petites études bien de chez nous, ou l'atteinte

d'un volume d'études tel qu'il sera impossible de l'ignorer. Et pourtant, le dépistage du cancer du sein par mammographie est une des procédures médicales les plus étudiées, sur laquelle nous possédons le plus de données, cependant, souvenons-nous que le mantra: « Il est nécessaire de conduire davantage de recherches avant de pouvoir conclure » a toujours servi de justification pour retarder la mise au placard de substances ou de pratiques médicales nocives.

La tendance est au DO

Et puisqu'« en France, le recul manque pour tirer des conclusions », la stratégie adoptée est de poursuivre à plein régime dans la promotion du DO. Tout se passe comme si l'on voulait sauver le principe du dépistage en sacrifiant le dépistage individuel, affublé à présent de tous les maux. Le DO ressort glorifié de cette opposition quelque peu artificielle – le bon DO contre le mauvais DI – avec des arguments tenant davantage du registre commercial – gratuité, meilleure « qualité » avec seconde lecture – que d'une évaluation scientifique de sa balance bénéfices/risques. Avec cette promotion du DO au détriment du DI, ne cherche-t-on pas à noyer le poisson en éloignant le projecteur des questions fondamentales? Après 50 ans, le fait que ce dépistage s'opère à l'intérieur d'un programme d'État réduit-il ses risques inhérents, en particulier le surdiagnostic et son produit dérivé le surtraitement? Selon les départements, entre 8 % et 15 % des cancers détectés à l'intérieur du DO le sont grâce à la deuxième lecture. Cependant, ces « cancers » qui étaient passés inaperçus à la première lecture, par définition tout sauf

Que penser d'institutions de santé publique qui se révèlent incapables de s'adapter rapidement aux récentes données scientifiques de façon à garantir aux citoyens le respect du serment d'Hippocrate?

flagrants, ont de grandes chances de faire partie de ces cancers tangents à l'évolution plus qu'incertaine. En conséquence, cette deuxième lecture, vendue comme un « plus » du dépistage, pourrait bien au contraire en accentuer son principal inconvénient.

Déremboursement du DI ?

J'ai failli terminer sur une note positive : un des scénarios évoqués – évoqués seulement – par la HAS fut le déremboursement du DI. J'ai cru un moment que cette mesure envisagée s'appliquait également au DI en dessous de 50 ans, ce qui aurait peut-être apporté une touche de rationalité concernant une tranche d'âge pour laquelle, hors population à risque supérieur, la balance bienfaits/dommages du dépistage par mammographie est largement reconnue comme négative. Or, je lis page 134 : « *Le scénario modélisé ici suppose que le déremboursement ne s'applique qu'aux femmes de 50 à 74 ans pratiquant le DI.* » Cette mesure n'était donc pas destinée à tenter de mettre un peu d'ordre dans la provenance des consignes concernant le dépistage avant 50 ans, mais à simplement reporter les « clientes » du DI vers le DO.

Gynécos pousse-mammo

En conséquence, selon la HAS, « *il n'a pas paru souhaitable de modéliser la stratégie de déremboursement en l'étendant à cette classe d'âge, parce que [entre autres] l'on ne connaît pas les motifs de DI dans cette tranche d'âge...* »

Je manque m'étrangler de surprise : mais sur quelle planète la HAS vit-elle ? N'ouvre-t-elle jamais un magazine féminin ? N'a-t-elle pas – elle serait bien la seule – eu connaissance d'une certaine campagne demandant l'abaissement de l'âge de la première mammographie à 40 ans à l'intérieur du dépistage organisé ? N'interroge-t-elle jamais les quadras qui se rendent chez leur gynécologue pour un tout autre motif, et qui ne peuvent en repartir sans l'incontournable prescription pour mammographie à moins de prendre le risque de se faire traiter d'inconscientes ou d'irresponsables ? Ajoutez à cela la peur omniprésente – et « omni-entretenue » – du cancer du sein (alors que la première cause de mortalité chez les femmes est la maladie cardio-vasculaire, qui fait cependant moins peur) et la perception solidement enracinée que « *le plus tôt on commence, mieux c'est* » ou que « *ça ne peut pas faire de mal* », et vous aurez déjà une belle brochette « *de motifs de DI dans cette tranche d'âge* ». Il est dommage que la HAS ait manqué cette occasion d'envoyer un message fort tant aux gynécologues « pousse-mammo » qu'aux campagnes médiatiques montées à grand

Après 50 ans, le fait que ce dépistage s'opère à l'intérieur d'un programme d'État réduit-il ses risques inhérents, en particulier le surdiagnostic et son produit dérivé le surtraitement ?

renfort de people. D'ailleurs, le Pr Hélène Sancho-Garnier, médecin de santé publique, un des quatre participants au groupe de travail à avoir tenu à exprimer son désaccord, le fait remarquer avec beaucoup de justesse : « *Le déremboursement de l'acte de DI devrait surtout comprendre les femmes de moins de 50 ans non à haut risque*¹². »

Quelle crédibilité ?

Alors, anachroniques ces nouvelles recommandations ? Même si elles paraissent en retard d'une guerre considérant les dernières données disponibles sur le dépistage du cancer du sein par mammographie, les institutions de santé ont suivi à la lettre la consigne qui leur avait été donnée. Il faut donc peut-être regarder davantage du côté de leur mode de fonctionnement : lorsqu'il s'écoule plus de quatre ans entre la saisine initiale et la publication des recommandations, celles-ci ne peuvent refléter l'évolution, de plus en plus rapide, des connaissances. Dans la mesure où les institutions semblent dans l'impossibilité de s'adapter rapidement à la publication de nouvelles données, sont-elles elles-mêmes adaptées et aptes à garantir aux citoyens qu'elles sont censées servir la pertinence de leurs recommandations ? ●

Rachel Campergue*

*Lire « à propos de l'auteure » page 40.

NOTES

1. P. Gøtzsche, O. Olsen, « Is screening for breast cancer with mammography justifiable? », *The Lancet* 2000 ; 355:129-34.
2. Interviewé par le Dr Brigitte Blond dans « La HAS plaide pour le dépistage organisé », *Le Quotidien du Médecin* n° 9079, 7 février 2012, p. 7.
3. « La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : situation actuelle et perspective d'évolution », HAS, p. 13-14.
4. *Ibid.*, p. 41.
5. K. Jorgensen, P. Gøtzsche, « Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. » *BMJ*, 2009 ; 339: b 2587.
6. P. Gøtzsche, M. Nielsen, « Screening for breast cancer with mammography », *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009 ; 4:CD001877 (disponible sur www.cochrane.dk).
7. B. Junod, P. H. Zahl, R. M. Kaplan, J. Olsen, S. Greenland, « An Investigation of the Apparent Breast Cancer Epidemic in France: Screening and incidence trends in birth cohorts », *BMC Cancer* 2011, 11:401.
8. P. Suhrke, J. Mæhlen, E. Schlichting, *et al.*, « Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data », *BMJ* 2011 ; 343:d4692.
9. P. Autier, M. Boniol, A. Gavin, *et al.*, « Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database », *BMJ* 2011 ; 343: d4411.
10. Interviewé par le Dr Brigitte Blond dans « La HAS plaide pour le dépistage organisé », *Le Quotidien du Médecin* n° 9079, 7 février 2012, p. 7.
11. « Dépistage du cancer du sein : vraiment utile ! » *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, n° 21, janvier/février 2012, p. 10-12.
12. « La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : situation actuelle et perspective d'évolution », HAS, p. 14.