

QUE

CHOISIR

EXPERT • INDÉPENDANT • SANS PUBLICITÉ
N°507 - octobre 2012
www.quechoisir.org

Collants **TEST**

p. 50



Taille-haies **TEST**

p. 41



Laits corporels **TEST**

p. 47



Bulbes de tulipes **TEST**

p. 44



Miels **TEST**

p. 30



L 12260 - 507 - F: 4,60 €



DOM avion 5,80€ • TOM: 680 XPF

TEST Fours micro-ondes combinés p. 38



Auto **p. 16**

Comment réduire sa facture d'entretien



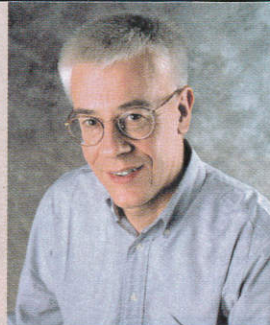
- > Les bons plans
- > Les meilleurs SAV

Cancer du sein **p. 24**

Ce qu'il **faut** savoir du dépistage



- > Efficacité douteuse
- > Diagnostics erronés
- > Traitements inutiles



Jean-Paul Geai
rédacteur en chef

Tout n'est pas si rose

ÉDITORIAL

Cette année encore, « Octobre rose », le mois du dépistage organisé du cancer du sein, invite les femmes d'au moins 50 ans à passer une mammographie gratuite, afin de dépister – et de traiter – le plus tôt possible une éventuelle tumeur. Et comme chaque année, cette campagne de mobilisation va être médiatiquement orchestrée avec force arguments : premièrement, le dépistage sauve des vies, le taux de mortalité par cancer du sein des femmes qui s'y soumettent est inférieur de 30 % ; deuxièmement, plus on détecte tôt une anomalie, plus on a des chances de guérir. Et pourtant, malgré les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), qui plaide pour le dépistage organisé, tout n'est pas aussi rose que le proclame la couleur du mois. Depuis une dizaine d'années, plusieurs études scientifiques indépendantes remettent en cause les bénéfices réels de cette stratégie de santé publique (lire p. 24). L'analyse des résultats des essais cliniques met en évidence qu'il n'y a presque pas de différences de mortalité par cancer du sein entre les groupes de femmes qui ont eu une

mammographie et celles qui n'en ont pas eu. Elle montre aussi que le dépistage systématique entraîne des surdiagnostics, c'est-à-dire la détection de cancers précoces ou de lésions précancéreuses qui, dans certains cas, ne vont pas évoluer vers la maladie. Des surdiagnostics qui conduisent à des examens inutilement pénibles et angoissants pour les femmes. De même, ils peuvent induire des traitements agressifs et lourds de conséquences (ablation, radiothérapie, chimiothérapie) pour des cancers qui ne se seraient jamais manifestés cliniquement. Plusieurs pays, la Grande-Bretagne, la Suède, le Danemark, le Canada... révisent les informations délivrées aux femmes quant aux campagnes de dépistage systématique du cancer du sein. Pas la France ! Il ne s'agit pourtant pas de diaboliser cet examen, mais de donner une information complète et loyale aux femmes appelées à y souscrire. La médecine doit savoir communiquer sur l'incertitude et les limites du savoir médical. ■

QUI SOMMES-NOUS ?

Que Choisir est publié par l'Union fédérale des consommateurs-Que Choisir, association indépendante de l'État, des syndicats, des producteurs et des distributeurs.

• **NOUS ACHETONS** tous les produits que nous testons. Nous les payons comme vous le feriez vous-mêmes.

• **NOUS TESTONS** tous les produits, achetés anonymement à partir d'un protocole établi par les ingénieurs de notre service des essais comparatifs. Nos essais sont réalisés dans des laboratoires indépendants et qualifiés en partenariat avec nos homologues européens. Les produits sont testés selon leur aptitude à la fonction, leur ergonomie et leur sécurité.

• **NOUS ENQUÊTONS** sur l'ensemble du territoire, avec l'aide de nos associations locales, afin de recueillir des informations sur la fiabilité des produits manufacturés et l'efficacité des services.

• **NOUS ATTAQUONS EN JUSTICE** chaque fois que cela s'avère nécessaire. Depuis trente ans, l'UFC-Que Choisir est habilitée à exercer une action en justice pour faire évoluer la jurisprudence.

• **NOUS N'ACCEPTONS AUCUNE PUBLICITÉ.** La quasi-totalité de nos ressources provient de nos seules ventes par abonnement et chez les marchands de journaux.

• **NOUS INTERDISONS LES REPRISES PUBLICITAIRES.**

Les résultats de nos tests comparatifs et les informations que nous publions ne peuvent faire l'objet d'aucune exploitation commerciale ou publicitaire.

• **NOS ASSOCIATIONS LOCALES.** Nous comptabilisons près de deux cents associations décentralisées pour aider leurs adhérents à résoudre leurs litiges de consommation et les représenter aux niveaux local, départemental et régional.

Pour tout savoir sur la consommation en temps réel et consulter la liste des associations locales : www.quechoisir.org.

UFC-QUECHOISIR

233, boulevard Voltaire, 75555 Paris Cedex 11.
Tél. : 01 43 48 55 48. Télécopie : 01 43 48 44 35.

• **Président et directeur des publications :** Alain Bazot
– **assistantes/relations presse :** Marie-Christine Brument, Laurene Di-Giandomenico
• **Directeur général délégué :** Jérôme Franck

RÉDACTION • **Rédacteur en chef :** Jean-Paul Geai
• **Rédacteurs en chef adjoints :** Arnaud de Blauwe, Franck Attia (QC en ligne), Patrick Potelet (QC Argent et QC Spécial), Catherine Sokolsky (QC Santé) – **assistante :** Catherine Salignon • **Enquêtes, reportages :** Cyril Brosset, Élisabeth Chesnais, Camille Gruhier, Florence Humbert, Fabienne Maleysson, Yves Martin, Micaëlla Moran, Élisabeth Oudin, Benjamin Roux, Erwan Seznec, Anne-Sophie Stamane, Perrine Vennetier • **Secrétariat de rédaction :** Ginette Labiche (1^{er} SR), Laurent Suchowicki, Élisabeth Négrel (QC Argent et QC Spécial), Leslie Schmitt (QC en ligne)
• **Conception graphique :** Véronique Puvilland • **Maquette :** Sophie Clément, Sandrine Rouillard, Caroline Laguillaume (QC en ligne) • **Iconographie :** Chantal Langeard • **Secrétariat de rédaction technique :** Éric Fromy • **Documentation :** Audrey Berbach, Véronique Le Verge, Stéphanie Renaudin, Frédérique Vidal • **A collaboré à ce numéro :** Jo Serreau

QUE CHOISIR EN LIGNE • Jean-Louis Bourghol, Carla Félix, Thierry Fournier, Jean-Philippe Machanovitch, Mickaël Phongsas

QUE CHOISIR ÉDITION • Laure Sassier, Ingrid Caveri

ESSAIS COMPARATIFS • Éric Bonneff (directeur), Laurent Baubeste, Éric Ébran, Vincent Erpelding, Claire Garnier, Aissam Haddad, Karima Amziane, Gaëlle Landry, Lars Ly, Neil McPherson, Mélanie Marchais, François Palemon, Hélène Taillades, Gabrielle Théry et Soraya Doucet, Séliha Redjadj

OBSERVATOIRE DE LA CONSOMMATION

• Grégory Caret (directeur), Isabelle Bourcier, Nadia Ejdaa, Christelle Leduc et Ingrid Stiemeier

JURIDIQUE • Nicolas Godfroy, Frédéric Blanc, Olga de Sousa, Amal Taleb et Véronique Louis-Arcene

ADMINISTRATION • Florence Thomassin (directeur administratif et financier), Aude Dauchy, Sandrine Flagel, Audrey Saint-Dizier, Michaëla Schaubroeck, Anastasia Viau
• **Informaticien :** Régis Ghoslan (directeur), Nicolas Babaud, Guillaume Bertrand, Guillaume Durand, Thibault Kummer, Nicolas Lavergne • **Logistique :** Philippe Ballon, Damien Bidault, Charlene Bouittier, Fabienne Dorlet, Johana Issembert, Mikaël Le Goudivèze

DIFFUSION/PROMOTION • Thierry Duqueroir (directeur), Marie-Noëlle Decaulne, Laurence Kramer, Aline Ladefroux, Raphaëlle Vincent • **Courrier :** Brigitte Bouttier, Soisick Lebel • **Information juridique :** Sophie Herbretreau, Laure Littardi, Mansour El Houssine, Murielle Bailly, Raphaël Bartolomé, Magali Pérot, Anissa Elhani, Emmanuel Eslin, Mélinda Fares, Raphaëlle Grégoire, Anne-Caroline Hartmann, Serge Kormman, Marianne Lamoureux, Nadia Mamri, Lorraine Paris, Julia Penisson, Falone Quist, Christophe Trinh • **Service abonnements :** Que Choisir – 17 rue des Boulangers, 78926 Yvelines Cedex 9.
Tél. : 01 55 56 71 09. **Inspection des ventes et réassortis diffuseurs :** Sip/Gérard Ribaux • **Tarifs :** 1 an, soit 11 numéros : 44 € ; 1 an + 4 Hors-série : 62 € ; 1 an + 4 Hors-série + 4 Spéciaux : 90 €

UFC-QUE CHOISIR • Association à but non lucratif
• **Bureau du conseil** – **Président :** Alain Bazot – **Vice-présidents :** Hervé Le Borgne, Odile Leturcq – **Trésorier :** Joël Dufour – **Trésorier adjoint :** Gérard Becher – **Secrétaire :** Martial Verschaeve – **Conseil d'administration :** Charles Bénéli, Jean-Yves Hervez, Anne-Marie Masure, Serge Molinari, Nicole Perez, Sylvie Pradelle, Daniel Sudre, Alain Welter et, pour le personnel, Vincent Erpelding et Soraya Hamimi
• **Études :** Édouard Barreiro, Olivier Andrault, Maxime Chipoy, Mathieu Escot, Nicolas Mouchino • **Relations institutionnelles :** Cédric Musso (directeur), Karine De Crescenzo, Laetitia Jayet et Élisabeth Pinto • **Relations associatives :** Marc Gimelli (directeur), Véronique Auberger, Myriam Bos, Christine Chaton, Olivier Dejeufosse, Aymeric de Goussencourt, Catherine Guillermin, Marie-Christine Mèrel

IMPRESSION Imprimeries RotoFrance. Distribué par MLP. Dépôt légal n° 144. Commission paritaire n° 0712 G 82318. Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés. Ce numéro comporte un encart abonnement à QCS, un encart sous enveloppe collée en 4^e de couverture, un encart « carte d'information juridique », une enquête satisfaction jetée en 4^e de couverture. Imprimé sur papier certifié PEFC – CoC inspecta 2177.
ISSN 0033-5932.



Dépistage du cancer du sein

AVERTISSEMENT

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



L'efficacité remise en cause

Invitations, dépliants, communication médiatique, « Octobre rose »... les incitations à participer au dépistage organisé du cancer du sein sont très pressantes. Pourtant, depuis une dizaine d'années, des études scientifiques indépendantes remettent en cause les preuves de son efficacité.

Depuis près de dix ans, toutes les femmes, âgées d'au moins 50 ans, ont reçu une invitation à participer au dépistage organisé du cancer du sein par mammographie. Lequel est entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Les arguments, séduisants, sont doubles : premièrement, le dépistage sauve des vies, le taux de mortalité par cancer du sein des femmes qui s'y soumettent est inférieur de 30 % ; deuxièmement : plus on détecte tôt une anomalie, plus on a de chances de guérir. Mais, précisément au moment où le dépistage organisé se déployait largement dans la plupart des pays développés, la pierre angulaire de cet édifice, qui semblait inébranlable, s'est singulièrement fissurée.

Premiers doutes dès 1990

La baisse de 30 % du risque de mortalité par cancer du sein, chiffre devenu incontournable, provient de plusieurs essais cliniques ayant comparé

des groupes de femmes dépistées et non dépistées. À la fin des années 90, des doutes étaient apparus sur la fiabilité de ces essais et l'opportunité d'organiser un dépistage généralisé, en particulier en Suède et au Danemark. Pour en avoir le cœur net, le gouvernement danois demanda alors au centre nordique de la Collaboration Cochrane d'effectuer une évaluation des essais sur la mammographie de dépistage. Cette institution, qui regroupe des chercheurs du monde entier, examine, de façon indépendante, l'efficacité des traitements et des dépistages. Dans son livre paru en 2012 ⁽¹⁾, son directeur, le Pr Peter Gøtzsche, raconte la surprise de son équipe lors de cette évaluation : « Nous fûmes déçus par ce que nous trouvâmes. Nous avions pensé que les essais seraient plus convaincants étant donné que le dépistage était très populaire en dépit de son coût élevé... » Selon les conclusions du rapport de la Collaboration Cochrane, « la base scientifique sous-tendant le déploiement du dépistage par mammographie était très incertaine ». Et Peter

« Contrairement à la façon dont les femmes sont trompées, les hommes sont complètement et honnêtement informés sur le dépistage du cancer de la prostate. On leur parle de ses effets délétères graves en termes de surdiagnostic et de surtraitement de cancers inoffensifs qui n'auraient jamais posé de problème mais dont le traitement entraîne souvent une impuissance permanente et parfois une incontinence. »

(Peter Gøtzsche, in *Mammography screaming. Truth, lies and controversy*, Radcliffe Publishing, 2012)

Gøtzsche d'ajouter : « Nous notions également que nous ne pouvions exclure la possibilité que le dépistage fasse plus de mal que de bien. »

Des brèches dans l'édifice

En janvier 2000, Peter Gøtzsche et un autre chercheur publient les résultats de leur travail ⁽²⁾. Parmi les huit essais sur la mammographie analysés selon la méthodologie rigoureuse de la Collaboration Cochrane, seuls deux avaient pu être retenus. Les autres avaient été éliminés pour insuffisances méthodologiques. Résultat : aucun effet du dépistage tant sur la mortalité par cancer du sein que sur la mortalité globale. « L'effet des programmes de dépistage », concluaient les auteurs, « s'il existe, est faible et le partage entre les effets bénéfiques et les effets délétères est très difficile. Il est donc primordial que les programmes de ce type soient rigoureusement évalués par des essais randomisés ⁽³⁾ corrects. » Cette publication fit grand bruit dans les pays anglo-saxons. Du

COLLABORATION COCHRANE

Ce que dit l'étude

Le Centre américain pour consommateurs médicaux (US Center for Medical Consumers) qualifiait la première édition de la brochure de la Collaboration Cochrane, en 2008, de « première information honnête écrite pour les femmes par des professionnels de santé ». En 2012, la Collaboration Cochrane a fait une nouvelle évaluation tenant compte des études publiées depuis sa première parution ⁽¹⁾. Passage en revue.

► Il peut être raisonnable de participer au dépistage du cancer du sein par mammographie, mais il peut être tout aussi raisonnable de ne pas s'y soumettre, parce que ce dépistage présente à la fois des bienfaits et des dommages. ► Si 2 000 femmes sont examinées régulièrement pendant dix ans, une seule d'entre elles bénéficiera réellement du dépistage par le fait qu'elle évitera ainsi la mort par cancer du sein parce que le dépistage a détecté plus précocement le cancer. La réduction absolue de la mortalité par cancer du sein est donc de 0,05 %.

► 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. Le traitement de ces femmes en bonne santé augmente leur risque de mourir, par exemple d'une maladie cardiaque et d'un cancer.

► 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. Beaucoup de femmes éprouveront de l'anxiété, des soucis, du découragement, des troubles du sommeil, des problèmes relationnels avec leur famille, leurs amis et leurs connaissances et des changements dans leur libido. Cela peut durer des mois et à long terme, certaines femmes se sentiront plus vulnérables devant la maladie et consulteront plus souvent un médecin.

► Ces chiffres proviennent d'essais randomisés de dépistage par mammographie. Cependant, depuis que ces essais ont été effectués, le traitement du cancer du sein s'est considérablement amélioré... Les femmes d'aujourd'hui demandent aussi un avis médical beaucoup plus tôt qu'avant, si elles ont noté quelque chose d'inhabituel dans leurs seins. En outre, diagnostic et traitement ont été centralisés dans de nombreux pays et sont maintenant fournis par des équipes d'experts du cancer.

► Les études les plus récentes suggèrent que le dépistage par mammographie peut ne plus être efficace pour réduire le risque de mourir du cancer du sein. Le dépistage ne réduit pas le risque global de décès, ou le risque de décès par cancer (y compris le cancer du sein).

(1) Extraits de la brochure publiée par le Nordic Cochrane Centre en 2012 et traduite en français par le Dr Thierry Gourges, disponible sur www.cochrane.dk.

côté des spécialistes défenseurs du dépistage, les critiques virulentes et les attaques *ad hominem* firent rage. En revanche, le dépistage devint un objet de débat ouvert dans la grande presse. En France, à part quelques rares articles dans la presse grand public (*Science et Vie* en 2004, *La Recherche* en 2006), la « méta-analyse » (revue des essais publiés) Cochrane eut très peu d'écho. En avril et mai 2006, la revue indépendante *Prescrire* consacra deux dossiers importants au dépistage par mammographie. Ayant

QUE CHOISIR.org
<http://forum.quechoisir.org/>

Exprimez votre opinion dans notre forum.

Dépistage du cancer du sein



Mars 2011, lancer de soutien-gorge place du Trocadéro à Paris... emballage pour le pain... autant de manifestations destinées à sensibiliser les femmes.



CEVIG/SIPA

mc cancer du sein

LAVIS DES SPECIALISTES

PROFESSEUR MARC ESPÉRIE
Directeur du Centre des maladies du sein de l'hôpital
Saint-Louis, à Paris.

«QUI AU DÉPISTAGE INDIVIDUEL
DES 40 ANS.»

«Aux États-Unis, la Société américaine de cancérologie recommande un dépistage individuel des 40 ans, tous les ans. Des essais entrepris dans certains pays scandinaves ont montré que les cancers de la femme jeune évoluent plus vite. Personnellement, j'opérais pour une mammographie de référence à partir de 40 ans et, en fonction des facteurs de risque, de l'efficacité des traitements, j'ai pu poursuivre le dépistage dans le cadre du dépistage organisé. L'échographie peut venir en appui, elle est utile en cas de seins denses et permet de corriger les faux négatifs (cancers qui ne sont pas à la mammographie), puis à la mammographie. L'IRM est nécessaire en cas de nombreux antécédents familiaux de cancer du sein. C'est un examen qui montre beaucoup d'anomalies, mais parfois, on ne la recommande en dépistage que lorsqu'il existe un risque très important de développer un cancer du sein.

«Faut-il imaginer un dépistage régulier encore plus jeune, dès 35 ans ? Je ne le pense pas, la mammographie génère des rayons X avec une certaine toxicité, multiplier les irradiations à court terme génère un certain nombre de cancers du sein. Plus on détecte jeune, plus le risque est important. Voilà sans pour- quoi il est déconseillé de faire ces examens pendant la grossesse, sauf nécessité absolue.»

2. La risque (développement du cancer) est de 1 à 5 fois plus élevée pour 100 000 femmes, à partir de 40 ans, de développer un cancer du sein à partir de 30 ans. Si on compare à 40 ans, le risque passe de 10 à 20 pour 100 000. (Source: Centre international de recherche sur le cancer, 2002.)

PROFESSEUR DAVID KHAYAT
Chef du service de cancérologie à l'hôpital
de La Pitié-Salpêtrière, à Paris.

«QUI À UNE PREMIÈRE MAMMO
À 35 ANS.»

«Le cancer du sein n'est pas qu'une maladie de "vieilles", c'est une maladie qui touche toutes les femmes, y compris entre 40 et 50 ans. Plus tôt qu'un dépistage organisé pour toutes les femmes, il est nécessaire de faire un dépistage individuel à partir de 40 ans, je défends l'idée d'une prévention spécifique pour chacune en fonction de ses facteurs de risques. Si vous n'avez jamais eu d'enfants, si vous fumez, si vous avez eu un cancer du sein, si vous avez eu un cancer du sein, etc., alors oui, vous avez besoin d'une prévention particulière. Aux États-Unis, il existe des échelles de risque pour les femmes qui veulent entrer dans des essais de prévention. Avec une volonté gouvernementale, des experts en France pourraient faire des échelles de risque qui permettraient de guider au mieux les femmes, en passant par la médecine du conseil par exemple ou en recrutant les femmes à risque pour des essais de surveillance de leur cancer. Les femmes concernées pourraient bénéficier d'un suivi plus serré, d'un suivi plus personnalisé, d'un suivi plus adapté à leur situation et à leur risque. Les femmes concernées pourraient bénéficier d'un suivi plus serré, d'un suivi plus personnalisé, d'un suivi plus adapté à leur situation et à leur risque. Les femmes concernées pourraient bénéficier d'un suivi plus serré, d'un suivi plus personnalisé, d'un suivi plus adapté à leur situation et à leur risque.

«Faut-il imaginer un dépistage régulier encore plus jeune, dès 35 ans ? Je ne le pense pas, la mammographie génère des rayons X avec une certaine toxicité, multiplier les irradiations à court terme génère un certain nombre de cancers du sein. Plus on détecte jeune, plus le risque est important. Voilà sans pour- quoi il est déconseillé de faire ces examens pendant la grossesse, sauf nécessité absolue.»

2. La risque (développement du cancer) est de 1 à 5 fois plus élevée pour 100 000 femmes, à partir de 40 ans, de développer un cancer du sein à partir de 30 ans. Si on compare à 40 ans, le risque passe de 10 à 20 pour 100 000. (Source: Centre international de recherche sur le cancer, 2002.)

En 2009, au moment où les Américains recommandent de ne plus faire de mammographies avant 50 ans, le mensuel Marie Claire fait poser dix actrices âgées de 32 à 46 ans pour inciter les femmes au dépistage...



DOCS MARIE CLAIRE

Dépistage du cancer du sein



Dans l'Hérault, la campagne 2012 cible les femmes dès l'âge de 40 ans.

→ passé au crible tous les travaux sur le sujet, le mensuel Prescrire conclut, à propos de la méta-analyse Cochrane: «Malgré les reproches qui lui ont été adressés, il s'agit sans aucun doute d'une méta-analyse précise, consciencieuse et transparente. La classification des essais réalisée par ses auteurs est très proche de celle à laquelle la rédaction de la revue Prescrire a abouti.»

Là encore, il y eut quelques réactions, mais la machine du dépistage organisé poursuit sa route, imperturbablement. Sous l'impulsion de l'Institut national du cancer, le mois d'octobre devint «Octobre rose». Le mois du cancer du sein visant, entre autres, à sensibiliser à l'importance du dépistage au moyen de manifestations diverses et variées: courses, illuminations de monuments, ventes aux enchères, concours photo, participations de stars... (voir illustrations ci-dessus). De multiples comités de dépistage

départementaux se sont ainsi développés un peu partout en France, avec un seul but: convaincre les femmes de participer au dépistage organisé. Certains vont même jusqu'à militer pour l'abaissement de l'âge de la première mammographie à 40 ans.

Les preuves scientifiques s'accumulent

Même si le dépistage a fait l'objet de débats, essentiellement dans les pays anglo-saxons, il n'en a pas moins continué à se déployer dans tous les pays développés. Ce qui a permis de mesurer son impact, non plus sur de seuls essais mais en grandeur réelle. Et depuis près de trois ans, les choses s'accroissent, les preuves scientifiques remettant en cause les effets du dépistage organisé s'accumulent. Une étude danoise a comparé les différences de mortalité par cancer du sein entre des régions ayant bénéficié d'un dépistage organisé et d'autres pas (4). Au Danemark, pendant dix-sept ans, seules 20 % des femmes vivant à Copenhague et dans un unique

Séparer le vrai du faux

● Non détectée, toute anomalie se développe et aboutit inexorablement à la mort.

FAUX. Certains cancers n'évoluent pas, voire régressent. D'autres évoluent si lentement qu'ils n'auront pas de conséquence sur la vie de la femme qui en est porteuse.

● Le taux de mortalité par cancer du sein est réduit de 30 % chez les femmes qui participent au dépistage organisé.

FAUX. Le chiffre annoncé de 30 % de réduction de

la mortalité par cancer du sein (0,1 % en chiffre absolu, voir note p. 29) a été fortement revu à la baisse par un groupe de chercheurs indépendants en 1999. Cette réduction serait de 0,05 % en chiffre absolu.

● Le dépistage organisé entraîne moins de traitements lourds chez les femmes dépistées.

FAUX. Plusieurs études ont montré, au contraire, un taux de 20 % de mastectomies (ablations du sein) chez les femmes dépistées.

● Parmi les premiers à avoir œuvré pour le dépistage organisé, les Anglais envisagent de revoir toute l'information donnée aux femmes. En France, silence radio.

VRAI. Les autorités sanitaires anglaises ont décidé de remettre à plat toutes les données sur le dépistage du cancer du sein. À l'inverse, l'évolution des connaissances et la remise en cause du dépistage qui en découle ont très peu d'échos en France.

comté ont reçu des invitations pour le dépistage. Pendant cette même période, le reste de la population (environ 80 %) n'a pas été invité et très peu de femmes ont passé des mammographies de dépistage. Ce dernier groupe a donc constitué, involontairement, ce qu'on appelle un groupe de contrôle parfait. Dans les régions de dépistage, la mortalité par cancer du sein a baissé de 1 %, dans celles sans dépistage, elle a diminué de 2 %. Le dépistage organisé n'a donc pas eu grand effet sur la mortalité. La baisse de cette dernière s'explique en grande partie par l'amélioration des traitements de ce cancer.

Le même constat a été fait à beaucoup plus grande échelle, par le biais d'une comparaison entre pays ayant des niveaux de dépistage différents (5). Une équipe de chercheurs, dont le Pr Philippe Autier, de l'Institut international de recherche et de prévention à Lyon, a comparé deux par deux six pays européens. Là encore, il s'agissait d'une situation quasi expérimentale car ces pays, de niveau économique et de système de santé comparables, n'avaient pas démarré le dépistage en même temps. Dans chaque paire, il y eut un décalage d'implantation de dix à quinze ans entre les deux pays. Si le dépistage entraînait une baisse de la mortalité, ce phénomène aurait logiquement dû se produire plus tôt dans les pays où il a été le plus précoce. Or, dans les trois paires de pays comparés, il n'en a rien été. Il y a eu très peu de différence dans les taux de décès à des moments où le dépistage organisé était généralisé dans un pays et très peu pratiqué dans l'autre. Conclusion lapidaire des auteurs: «Le dépistage n'a pas joué de rôle direct dans la diminution de la mortalité par cancer.» Attribuer le bénéfice de la baisse de mortalité

«Je me demande pourquoi il existe une telle différence entre les genres. Les femmes ne veulent pas être traitées avec condescendance ou qu'on leur fournisse une information déséquilibrée et inappropriée mais elles veulent être traitées avec respect, de telle sorte qu'elles puissent faire leur choix au sujet du dépistage. Seuls les hommes peuvent le faire.»

(Peter Gøtzsche, in Mammography screaming. Truth, lies and controversy, Radcliffe Publishing, 2012)

par cancer du sein au dépistage organisé est donc abusif. C'est oublier que pendant les vingt dernières années, les traitements de ce cancer se sont améliorés, en particulier grâce à l'utilisation du tamoxifène. D'ailleurs, une étude effectuée en Australie a montré que la diminution de la mortalité par cancer du sein constatée depuis 1991, date de début du programme national de dépistage, peut être attribuée en grande partie, si ce n'est en totalité, au traitement hormonal et chimiothérapique (6).

Surdiagnostic et surtraitement

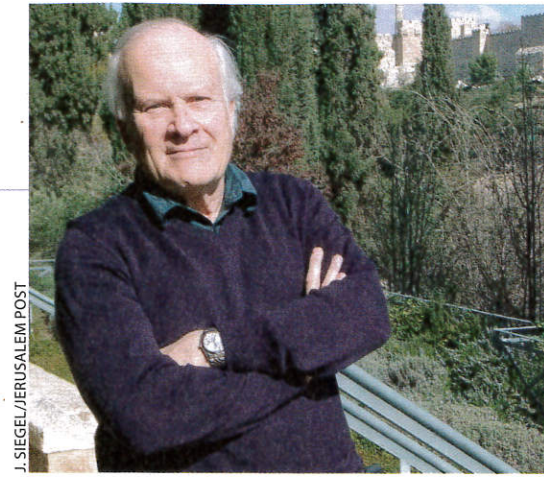
Si les essais et les études sur le terrain n'ont pas démontré l'efficacité de la mammographie de dépistage, cette dernière a des conséquences médicales bien réelles. De nombreuses femmes ayant effectué l'examen se voient détecter des anomalies qui débouchent sur des biopsies, voire des traitements plus importants. Les essais ont montré que le dépistage augmentait de 30 % le nombre de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein et qui ont été traitées par rapport aux femmes qui n'ont pas été dépistées. Il s'agit dans tous ces cas de ce qu'on appelle le surdiagnostic, c'est-à-dire la détection de cancers qui n'auraient pas eu de conséquence pour la femme au cours de sa vie.

On a eu longtemps en tête que toute anomalie appelée cancer va inexorablement se développer et, au final, faire mourir la patiente. Or, on sait désormais que ce n'est pas le cas. Certains cancers vont rester en l'état, voire régresser, d'autres vont progresser tellement lentement qu'ils n'auront pas de conséquence sur l'espérance de vie de la personne. Ce phénomène fait l'objet de débats entre critiques et défenseurs du dépistage organisé, mais sa réalité ne peut être contestée. Son existence remet en question le dogme du «plus on intervient tôt, mieux c'est». Ce surdiagnostic a surtout l'inconvénient majeur de faire subir à de nombreuses femmes des traitements inutiles parfois très lourds. L'analyse Cochrane montre que le sein a été enlevé chez 20 % de femmes en plus par rapport au groupe n'ayant pas eu de dépistage. Ces résultats ont été confirmés dans des études sur le terrain en Norvège et en Suède.

Devant l'accumulation des données remettant largement en question les bases du dépistage, un certain nombre de scientifiques de renom se sont exprimés depuis quelques années pour réclamer un changement dans la communication officielle sur la mammographie. Laquelle tient plus de la propagande que de l'information éclairée (voir interview du Pr Baum, p. 28). En 2012, la Collaboration Cochrane a fait une nouvelle

INTERVIEW DU PROFESSEUR MICHAËL BAUM

Aujourd'hui professeur honoraire de chirurgie au Kings college hospital de Londres, Michaël Baum fut chargé par le ministère de la Santé britannique, en 1987, d'élaborer la première unité de dépistage de cancer du sein dans le sud-est de l'Angleterre. Dix ans plus tard, il démissionna.



Le Pr Michaël Baum.

« Quand les données évoluent, les pratiques doivent évoluer »

Q Pour quelles raisons avez-vous démissionné du comité officiel sur le cancer du sein en 1997 ?

Pr Michaël Baum. Certains travaux venaient d'être publiés, disant que l'estimation de 25 à 30 % de bénéfice en termes de mortalité était exagérée et que les effets délétères du surdiagnostic étaient sous-estimés. Nous assistions à une augmentation concomitante des diagnostics de cancers *in situ* et des femmes subissant des mastectomies. J'avais déjà conscience que quelque chose n'allait pas. Selon moi, cette information devait être donnée dans les invitations au dépistage pour permettre un choix éclairé. On me répondit que si nous faisions cela, les femmes ne feraient plus le dépistage. J'ai répondu que c'était leur droit. Étant en minorité au sein de mon comité, j'ai démissionné.

Q Que pensez-vous des nombreuses difficultés rencontrées par le Pr Peter Göttsche, qui a publié la première revue des études sur le dépistage par mammographie et a remis profondément en cause sa pertinence ?

Pr M. B. C'est absolument honteux ! Le traiter de piètre scientifique, c'est totalement

injustifié ! Le fait que les attaques étaient personnelles et non pas scientifiques montraient que leurs auteurs étaient en totale faillite intellectuelle. De nombreuses attaques purement personnelles reposaient sur la seule autorité, non pas sur la science et les preuves. Les partisans du dépistage sont atteints d'une sorte de névrose, ils ne peuvent pas supporter les critiques et accepter qu'il existe des données qui ne vont pas dans le sens du dépistage. Ce n'est pas de la science. J'avais beaucoup à perdre quand j'ai démissionné. J'avais passé beaucoup de temps à mettre sur pied le programme de dépistage dans le sud-est de l'Angleterre, cela représentait un énorme investissement intellectuel. Mais en tant que scientifique, quand les données évoluent, je change d'opinion.

Q Comment expliquez-vous que le gouvernement britannique ait décidé en 2011 de revoir le dossier du dépistage du cancer du sein ?

Pr M. B. Depuis quatre ou cinq ans, un groupe de chercheurs cliniciens et d'épidémiologistes indépendants du monde entier font pression en écrivant dans le *British Medical Journal* et le quotidien *The Times*. Les conseillers du gouvernement

ne pouvaient plus ignorer que les preuves contre le dépistage devenaient de plus en plus importantes. Le gouvernement a donc mis finalement sur pied un comité scientifique qui examine les données d'évaluation du dépistage et un autre comité qui est chargé de réécrire le dépliant envoyé aux femmes invitées au dépistage organisé. La mission du « comité Ramirez », auquel j'appartiens, dirigé par Amanda Ramirez ⁽¹⁾ est de réécrire l'information donnée aux femmes pour leur permettre de faire un choix éclairé. Pour certaines femmes, ce choix pourrait être : non merci. Nous travaillons en parallèle avec le comité scientifique, avec les mêmes données bien entendu. Son travail est de fournir les données chiffrées : combien de vies sauvées, combien de cas de surdiagnostic et de surtraitement. Le nôtre consiste à présenter les données de telle sorte que les personnes profanes puissent les comprendre. Les épidémiologistes parlent de réduction du risque relatif ⁽²⁾. Nous parlons en chiffres absolus, en pourcentage de bénéfices et de préjudices.

Q Cela veut-il dire que l'information donnée aux femmes va être modifiée ?

Pr M. B. L'information que nous donnons tient compte de l'incertitude. Le seul moyen intellectuellement honnête est de dire qu'il y a un éventail de possibilités pour les bénéfices et pour les préjudices. Nous devons décrire cela pour les femmes non spécialistes, en utilisant des représentations graphiques de femmes vivantes et de femmes décédées en bleu et en rouge et faire figurer en gris celles pour lesquelles il y a incertitude. La difficulté à laquelle nous devons faire face n'est pas seulement de faire comprendre des données simplement, mais aussi de faire comprendre l'étendue de l'incertitude à des profanes. Car il n'existe pas de moyen de résoudre cette incertitude. Tous les essais sur le dépistage sont très anciens, ils ont commencé et ont été publiés bien avant l'avènement des traitements modernes qui ont amélioré la survie.

Q Vous avez suggéré récemment de réserver le dépistage aux femmes à risque ?

Pr M. B. C'est ma suggestion depuis longtemps. Ce serait pitoyable de démanteler les infrastructures existantes du dépistage dont le savoir-faire est énorme. Mais il est scandaleux de l'offrir à toutes

les femmes. Le message important que je veux transmettre au comité scientifique est celui-ci : la question n'est pas de dépister tout le monde ou personne. Le dépistage devrait être ajusté en fonction du niveau de risque, nous devrions faire une sélection. Les femmes ayant un risque faible à normal ont mieux à faire que de subir des dépistages. Celles qui ont un risque très élevé ne peuvent pas être aidées par le dépistage : elles devraient bénéficier de conseils et de tests génétiques dans certains cas. Il y a probablement un groupe de femmes au risque intermédiaire qui ont les plus grandes chances de bénéfice.

Q Que pensez-vous de la situation en France ?

Pr M. B. La France a un formidable passé de pionnier en matière de diagnostic et de traitement du cancer du sein. C'est la France qui, la première, a popularisé le traitement conservateur, elle a une grande tradition de recherche clinique. Je voudrais demander instamment aux autorités françaises de faire vivre cette tradition clinique et de comprendre que quand les données évoluent, les pratiques doivent aussi évoluer. ■

Propos recueillis par Catherine Sokolsky

(1) Angela Ramirez est la directrice clinique des services de santé participant à l'équipe chargée de l'écoute des patients dans le cadre du programme national du cancer au Royaume-Uni.

(2) La réduction de mortalité par cancer du sein de 30 % tirée des essais est une réduction du risque relatif qui peut sembler être un excellent résultat. Mais le risque relatif est trompeur. Il convient de le ramener, dans ce cas précis, au nombre réel de vies sauvées, on parle de risque absolu. L'avantage du dépistage est alors très petit. En effet, sur dix ans, 3 femmes sur 1 000 meurent d'un cancer du sein. La réduction absolue du risque est donc de 0,1 % (1 femme sur 1 000).

« [Le livre de P. Göttsche] ouvre le rideau et nous laisse voir la réalité scientifique. Et il nous permet de comprendre que la plupart du monde de la mammographie de dépistage a perdu de vue son but : sauver des vies et non pas des carrières et des réputations. »

(Fran Visco, présidente de la « National Breast Cancer Coalition », coalition nationale contre le cancer du sein, très importante association nord-américaine, préface du livre de Peter Göttsche).

→ évaluation tenant compte des études publiées depuis sa première parution (voir encadré, p. 25). Avant même que soit rendue publique cette dernière évaluation revoyant encore à la baisse les bénéfices potentiels du dépistage, les autorités sanitaires anglaises ont décidé, en 2011, de remettre à plat les données scientifiques sur le sujet. Les cinq chercheurs indépendants choisis à cet effet devraient rendre leur rapport prochainement. Parallèlement, une autre équipe est



L'UFC-QUE CHOISIR DEMANDE

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. Dans l'attente du rendu des conclusions de ce 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. 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.

chargée de modifier l'information donnée aux femmes concernant le dépistage du cancer du sein au vu des résultats du réexamen des données.

Schizophrénie dans l'Hexagone

En France, la décision des autorités britanniques, la sortie du livre de Peter Göttsche ainsi que celle de Rachel Campergue ⁽⁷⁾ ont eu quelques échos dans la grande presse. En revanche, dans sa grande majorité, le milieu médical, en particulier celui de la cancérologie, continue à ignorer superbement les avancées de la connaissance scientifique. Le seul argument avancé pour déprécier le livre de R. Campergue, pourtant très documenté et parfaitement référencé, est : « L'auteur n'est même pas médecin ! » En outre, plus les médecins prescrivent de mammographies, plus leur « paiement à la performance » versé par l'assurance maladie augmente. Le nombre de ces examens est, en effet, un des indicateurs de performance permettant aux praticiens de toucher en quelque sorte une prime sur objectifs en fin d'année. Comment, dans ces conditions, imaginer qu'ils donnent une information équilibrée aux femmes leur permettant de faire un choix éclairé ?

Face aux données remettant en cause les bases du dépistage du cancer du sein qui se sont accumulées au cours des dernières années, il est temps que les pouvoirs publics reconsidèrent l'ensemble du dossier avec un œil neuf. C'est le sens de la demande de l'UFC-Que Choisir (voir encadré ci-contre). ■

Catherine Sokolsky

- 1) *Mammography screening. Truth, lies and controversy*, Peter Göttsche, Radcliffe Publishing, 2012 (non traduit).
- 2) « Is screening for breast cancer with mammography justifiable ? », *The Lancet*, 8/01/2000.
- 3) Un essai clinique, destiné à évaluer les effets d'un traitement ou d'un test de dépistage consiste à comparer deux groupes, l'un va recevoir le dispositif à tester, l'autre non. L'essai est dit randomisé quand la répartition entre les deux groupes est effectuée par tirage au sort pour constituer des groupes comparables.
- 4) « Breast cancer mortality in organized mammography screening in Denmark: comparative study », *British medical journal*, 23/03/2010.
- 5) « Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality base », *British medical journal*, 6/09/2011.
- 6) « Adjuvant therapy, not mammographic screening, accounts for most of the observed breast cancer specific mortality reductions in Australian women since the national screening program began in 1991 », *Breast cancer res treat*, 02/2012.
- 7) *No mammo ? Enquête sur le dépistage du cancer du sein*, Rachel Campergue, Éditions Max Milo, 21,90 €, 2011.