

DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS DU SEIN

Institut National du Cancer – 11 février 2016

Groupe Princeps et SFTG

O. BRIXI, JC. SALOMON et A. SIARY

Nos motivations

« Princeps » est un réseau de professionnels du soin et de la santé, mobilisé autour des problématiques de « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements ». C'est une partie des animateurs¹ de ce réseau que nous représentons devant vous aujourd'hui.

Quand le groupe Princeps a organisé le 1^{er} colloque de Bobigny au printemps 2012, ses animateurs ignoraient combien le sujet « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements » attirerait de participants et de quoi seraient faites les communications. Un tiers de celles-ci traitèrent du dépistage des cancers du sein. Nous connaissions le problème, mais beaucoup moins bien qu'aujourd'hui.

Nous savions d'expérience que nos collègues commençaient à se poser des questions ou lisaient des publications qui mettaient en question la pertinence du dépistage de masse et en particulier les modalités pour en mesurer l'efficacité.

Douter de l'efficacité du Dépistage systématique ou dépistage organisé (DO) apparaissait comme une attitude peu consciente des enjeux pour la santé des femmes et la santé publique et peu responsable vis à vis de la communauté médicale.

Armés de quelques certitudes, comme beaucoup, mais sensibles au doute, nous avons rejoint et alimenté les controverses qui se faisaient jour dans de nombreux pays.

Il fallait garder un certain esprit d'ouverture et de responsabilité pour oser intervenir ou se démarquer dans le climat émotionnel de « la guerre contre le cancer ».

Dans ce sens, nous avons lu, écouté, échangé, organisé quelques réunions et fait jonction avec des scientifiques et des cliniciens actifs et productifs dans quelques pays européens, nord américains et australiens². Perdant en route certaines certitudes, ne gardant que les hypothèses réfutables, étendant notre réseau en France et dans les pays étrangers, où la controverse bat son plein, avec parfois quelques longueurs d'avance. Tant mieux pour les femmes de ces pays plus avancés.

Au sein de notre groupe, nous veillons collectivement à la nature de nos liens d'intérêts. Aujourd'hui et devant vous, il y a parmi nous des gens dépourvus de liens d'intérêts comme Alain Siary et moi, et d'autres ayant des liens d'intérêts en relation avec le DO, dont notre collègue Omar Brixi ici présent. Il en dira un mot tout à l'heure. Ajoutons que nous trois n'avons plus ni ancrage institutionnel, ni perspective de carrière.

Nous sommes ici parce que les pouvoirs publics, qui vous ont mandatés, ont une responsabilité considérable face à la population. Et que ceci ne réduit en rien la responsabilité des professionnels, dont la nôtre. Nous participons d'autant volontiers à cette concertation, que nous l'avons souhaitée et y avons travaillé.

¹ Michel Thomas, Omar Brixi, Jean-Claude Salomon, Alain Siary, Mailys Michot, François Pesty, Michel Doré

² Iona Heath, Iain Chalmers, Paul Glaziou, Alexandra Barratt, Peter Gøtzsche, Philippe Autier Per-Henrik Zahl, Lisa Schwartz, Steven Woloshin, Marc Jamouille.

D'ailleurs les participants à la réunion d'échanges que nous avons tenue à la Fondation pour le Progrès de l'Homme le 12 janvier dernier, souhaitent que ce type de rencontres soit encouragé et que nous soyons entendus par un comité comme le vôtre.

Pour alimenter le débat, nous allons focaliser notre intervention d'aujourd'hui autour d'une série de questions fondamentales et sur les réponses que nous proposons. Nos sources principales figurent dans la sélection bibliographique qui vous a été communiquée.

Quelles questions se posent ? Quelles réponses apportons-nous à ces questions ?

DO et mortalité

Q1 Le DO des cancers du sein réduit-il de 20 à 30% la mortalité par cancer du sein, comme l'indiquaient les premières études au début des années quatre-vingts ?

R1 La réponse est non.

Si une réduction de mortalité par cancer du sein est induite par le DO, cela n'apparaît pas de façon significative dans les études publiées depuis une dizaine d'années. L'information doit être exprimée en valeurs absolues. Par ailleurs en comparant la diminution de mortalité spécifique par cancer du sein entre des pays européens très proches on ne retrouve pas de différence malgré des dates d'introduction du DO décalées d'une dizaine d'années

On note une divergence de résultats entre les essais randomisés. Ceux qui retrouvent une baisse de mortalité ont le plus de biais (le suivi clinique, les informations données aux femmes ne sont pas les mêmes dans les groupes témoins et intervention).

Les essais canadiens montrent que la mammographie ajoutée au dépistage clinique n'entraîne pas de baisse de mortalité spécifique après un suivi de 25 ans.

Les biais des autres essais cliniques sont absents, car ce qui distingue le groupe intervention du groupe témoin, c'est la mammographie.

Une synthèse Cochrane en 2012 portant sur 600 000 femmes ayant participé à 8 essais a montré une réduction de mortalité spécifique de 19% (RR : 0.81 IC : 0.74-0.87) soit 6 morts pour 10 000 femmes invitées pendant 13 ans

Q2 Le DO des cancers du sein réduit-il la mortalité globale évaluée par classes d'âge ?

R2 Aucun essai ne retrouve de baisse de la mortalité totale

DO et cancers avancés

Q3 Le DO des cancers du sein réduit-il la fréquence des cancers du sein avancés ?

R3 L'introduction du DO aux EU s'accompagne d'une augmentation annuelle de cancers du sein de stade précoce de 122 cas pour 100 000/ an et d'une baisse de 8 cas seulement de stade tardif.

La détection de cancers précoces par dépistage impacte très peu la baisse des cancers avancés³

³ Bleyer A., Welch H.G., Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, *N Engl J Med* 2012; 367:1998-2005. DOI: 0.1056/NEJMoa1206809

Miller A. B., Wall C., C. J. Baines, P. Sun, To T & Narod S. A , Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial,., *BMJ* 2014;348:g366 doi: 10.1136/bmj.g366

Autier P., Koechlin A., Smans M., Vatten L. & Boniol M., Mammography Screening and Breast Cancer Mortality in Sweden, *J Natl Cancer Inst* Vol 104, pp. 1080-1093, 2012.

Dans une étude effectuée aux EU auprès de 16 millions de femmes suivies pendant 10 ans, l'extension du dépistage organisé ne s'est pas accompagnée d'une baisse de la mortalité spécifique et l'augmentation des cancers de stade précoce ne s'est pas accompagnée d'une diminution des cancers avancés⁴.

DO et surdiagnostics

Q4 Le DO des cancers du sein entraîne-t-il des surdiagnostics ? Si oui, dans quelles proportions ?

R4 La réponse est oui, mais la proportion est incertaine.

Par prudence, nous dirons entre 10 et 30% des femmes classées comme porteuses de cancer du sein.

A partir des essais randomisés, on constate 15 ans après leur interruption, 10 à 20% de cancers en plus dans le groupe dépistage. Ce surcroît de cancers rapporté aux nombre de cancers dépistés au moment de la campagne de dépistage correspond à de 20 à 30% de surdiagnostics⁵

En 2010, en France, 16.000 cancers ont été dépistés, ce qui représente entre 3 et 4000 surdiagnostics. Pour 1000 femmes dépistées on découvre 6,8 cancers dont 1 intra canalaire et probablement 1,6 surdiagnostic auquel il faut ajouter 1,2 cancer d'intervalle en utilisant les chiffres de 4 départements qui les estiment rigoureusement (INvS Programme de dépistage du cancer du sein : Résultats 2010)

Q5 Les surdiagnostics entraînent-ils des surtraitements ? Les surtraitements induisent-ils une surmortalité (cardiaque, pulmonaire, leucémique ...) non associée à des récidives de cancers du sein ? Dans quelles proportions ?

R5 Aux deux premières questions la réponse est oui (Chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie)⁶.

La troisième question est celle qui appelle une réponse documentée avec des preuves de niveau élevé.

Que faut-il entendre par l'histoire naturelle des cancers ?

Le sens commun assure que le cancer survient en un point précis de l'organisme, une cellule qui spontanément, ou plutôt sous l'effet de causes diverses, dont certaines sont connues (rayonnement, substances toxiques, virus, vieillissement des mécanismes de contrôle), entreprend une succession de divisions jusque là interdites. Le plupart des médecins et des biologistes partagent cette façon de voir et contribuent à la populariser.

Deux notions supplémentaires complètent **ce schéma** : fil des divisions, les anomalies s'accumulent et cette population cellulaire va peu à peu échapper au contrôle de l'organisme.

C'est ce que l'on appelle la *progression cancéreuse*, à la naissance d'une tumeur, dont les cellules constitutives acquièrent des propriétés particulières : la capacité d'envahir les tissus

⁴ Harding C.A.B., Pompei F., Burmistrov D., Welch H.G., Abebe R., Wilson R., Breast Cancer Screening, Incidence, and Mortality Across US Counties, JAMA Intern Med. Published online July 06, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2015.3043

⁵ Zackrisson S et coll : Rate of overdiagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial : follow up study BMJ 2006 332 : 689-692

⁶ Raftery J., Chorozoglou M., Possible net harms of breast cancer screening : updated modelling of Forrest report, BMJ 2011; 343 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d7627>

voisins, c'est l'*invasion* ; la capacité de se détacher, de migrer vers les ganglions lymphatiques et vers d'autres organes et d'y former des colonies, les *métastases*, qui à leur tour grossiront de façon autonome.

Le cancer, localisé au début, est devenu un processus disséminé. La maladie initialement locale est devenue générale d'une façon continue, linéaire dans le temps.

Ceci donne toute sa signification à l'idée admise que le diagnostic précoce doit permettre d'assurer la guérison par un traitement local. Pourvu que l'on intervienne avant que la colonisation métastatique ait eu lieu. De très nombreux modèles expérimentaux confirment cette manière de voir.

C'est aussi ce que l'on observe pour les cancers du col utérin, dont le diagnostic précoce a été rendu possible par la pratique périodique des frottis vaginaux, responsable en partie de la baisse de fréquence des cancers avancés et par la baisse de la mortalité de ce cancer aujourd'hui circonscrit aux catégories sociales défavorisées.

2) La prédisposition génétique qui se confirme pour les cancers du sein chez un petit nombre de femmes. Les progrès de la génétique humaine et de l'épidémiologie orientent la recherche vers l'identification de marqueurs de risques de cancers du sein.

Cette manière de voir les cancers du sein répond sans doute à la réalité de beaucoup d'entre eux.

Mais il est raisonnable de ne pas être prisonnier de cette conception de la maladie, locale d'abord, générale ensuite et de faire place à une vision symétrique d'une maladie, générale au départ, capable de déterminer des tumeurs locales.

La croissance continue de ces lésions tumorales n'est pas la règle. La croissance peut s'interrompre et les lésions devenir dormantes, ou bien même des tumeurs peuvent croître, puis décroître et disparaître.

Ce sont là des phénomènes connus depuis assez peu de temps. L'analyse des glandes mammaires chez des femmes jeunes autopsiées pour des raisons médico-légales, ou les mammographies répétées chaque année chez des femmes porteuses de lésions minuscules et suspectes, concrétisent la réalité de cette conception alternative de la maladie cancéreuse pour les cancers de certains organes, dont les seins.

La coexistence de deux mécanismes en apparence opposés pour expliquer l'histoire naturelle des cancers du sein, nous oblige à **repenser** la médecine et la prévention de ces maladies, à mieux en comprendre les risques et à ne pas imposer à des malades très différents une pensée dogmatique et son cortège de surdiagnostics et de surtraitements.

Il faut aujourd'hui innover si l'on ne veut pas nuire aux femmes. « *Primum non nocere* » doit être suivi par « *Vis medicatrix naturae* ».

Si nombre de cancers continuent à avoir une évolution naturelle grave, il nous est interdit d'ignorer que certains d'entre eux, peut être moins rares qu'on ne croit, sont capables de régresser seuls. C'est une des découvertes inattendues des dépistages systématiques, quand on observe avec sagesse.

L'histoire de la « lutte » contre les cancers est jalonnée d'épisodes guerriers. Peut-on envisager de « faire la science et pas la guerre » ?

Tous les domaines de la pratique médicale sont concernés par les surdiagnostics

Des travaux pour réviser les opinions communes sur ce qui distingue le Normal du Pathologique (G. Canguilhem⁷) et sur une épidémiologie plus systémique (M.Grmeck⁸) doivent être soutenus en priorité. Rien de tel n'apparaît ni dans la guerre contre le cancer déclarée par Nixon en 1971, ni plus récemment dans les plans cancer successifs en France.

Il y a dans le sillage du mouvement vers la médecine fondée sur les preuves (EBM) d'autres mouvements destinés à la protection des patients face aux usages inconsidérés de techniques d'examen, d'appareils et de produits de santé, dont l'usage est légitime sous conditions de preuves et d'indépendance des artisans de la preuve. Il faudra bien choisir la dénomination de ces mouvements en français et favoriser leur éclosion.

Deux grands journaux médicaux ont récemment créé une rubrique « **Less is more** » et « **Too much medicine** », le JAMA Internal Medicine et le British Medical Journal. D'autres publications laissent une place aux travaux associés à la « **Choosing Wisely campaign** ».

Ces mouvements, aujourd'hui ne sont plus marginaux, ils occuperont probablement une place importante dans l'évolution de l'épistémologie médicale. Ils doivent jouir d'un financement public raisonnable, d'une vigilance et d'une autonomie assurées, afin qu'aucun acteur économique privé ou public ne puisse en prendre le contrôle, ni en menacer l'indépendance. L'étude des surdiagnostics et des surtraitements conduit inévitablement à la distinction entre le normal et le pathologique et à la valorisation des éléments essentiels par rapport aux éléments contingents.

Doit-on élargir aux autres cancers la réduction des surdiagnostics et des surtraitements lors des dépistages et lors de la découverte de lésions tumorales incidentes ?

Une collecte méthodique des faits, la création d'une base de données des incidentalomes seront sans doute nécessaires pour approfondir la connaissance sans cesse remise en cause des limites de l'action médicale.

Le DO des cancers du sein constitue une action de santé publique qui oblige à des remises en question de problèmes généraux, qui sans être nouveaux sortent de l'ombre et ont une grande actualité.

Dépistage et inégalités sociales de santé

Quand on analyse la couverture du DO en termes de catégories socio économiques, il en ressort que les plus vulnérables sont celles qui sont les moins mobilisables malgré des efforts spécifiques déployés dans ce sens.

Et si ce type de dépistage, sans garantie de résultats, mais aux effets anxiogènes et aux bouleversements certains, aggravait leurs vulnérabilités ?

Et si ces catégories fragilisées, « résistaient », par mécanisme de défense, face à un risque hypothétique ?

⁷Le Normal et le Pathologique, G. Canguilhem, PUF 1966

⁸Préliminaires d'une étude historique des maladies, M.D. Grmek, Annales. Économies, Sociétés, Civilisations 1969 Vol. 24 N°6 pp. 1473-1483

Et si, vivant dans des équilibres des plus précaires, elles étaient plus dans une logique de survie que dans une protection d'une vie enviable? Comment les qualifier : personnes « inconscientes », « irresponsables », « réfractaires » ou « résistantes » ?

Et si, la pression médiatique culpabilisait des gens déjà en situation difficile ?

Les cancers avancés sont plus fréquents dans les catégories sociales défavorisées, le dépistage y a-t-il changé quelque chose ?

Y a-t-il eu une tentative pour focaliser le DO sur ces catégories, qui sont actuellement diluées dans la masse des femmes de 50 à 74 ans ?

Les femmes dépistées, diagnostiquées et traitées sont confrontées, pendant et après, à des épreuves - physiques, psychoaffectives, socio économiques - dans leur être, leur couple, leur famille et leur vie professionnelle. Il est bien connu que les soins engendrent des surcoûts, des difficultés en plus dans le travail ou vis-à-vis d'un emploi, ainsi que des discriminations sur critères de santé (vis-à-vis des emprunts, entre autres).

Sachant tout cela, ne doit-on pas s'interroger si les sur diagnostics et sur traitements conséquents d'un dépistage de masse, ne sont ils pas, *in fine*, un facteur aggravant des inégalités sociales et de santé ?

La prévention, un angle mort

Le dépistage a été initialement conçu comme une des stratégies de lutte contre les cancers, adossé à une amélioration de l'offre de soin, à des actions de prévention, de formation et de recherche. Or, il apparaît, du moins par les moyens et les attentions accordés, comme la principale stratégie, parmi les axes développés dans les trois plans cancers. Les évaluations des plans cancers situent d'ailleurs les actions de prévention parmi celles qui connaissent les plus faibles niveaux de réalisations.

Peut-on imputer une partie de l'accroissement de l'incidence aux effets du dépistage et ignorer l'exposition à des risques auxquels sont soumises les femmes ?

Les actions de prévention du cancer du sein, voire des autres cancers et de nombreuses autres pathologies, mettent en cause des facteurs de risque, multiples, intriqués, en lien avec les conditions de vie, de travail, avec différents environnements et différents modes de vie. En ce sens, elles sont plus difficiles, plus complexes, avec des effets sur le long terme.

Si le dépistage n'est pas la prévention, du moins primaire, si on adopte cette classification, nous constatons que celle-ci est un « angle mort ». L'accent mis sur le dépistage apparaît comme une voie plus facile, plus visible, plus « rentable » qu'une prévention exigeante vis-à-vis des facteurs de risques ?

Que faire du programme de DO ?

Q6 Doit-on étendre le DO des cancers du sein à un plus grand nombre de femmes ?

R6 Dans le temps présent, l'absence de confirmation concernant la réduction de mortalité en relation avec le DO ramène l'action des décideurs à **une obligation de moyens**. Alors que la logique exige que les actions de santé publique, visant des femmes en bonne santé, soient fondées **sur l'obligation de résultats** aussitôt que la phase expérimentale est achevée. Pendant cette phase expérimentale, la priorité doit être accordée à l'obtention du niveau de preuve le plus élevé possible.

Il n'est pas exclu que l'Etat puisse être tenu pour **responsable juridiquement** en cas de plainte pour surtraitements au cas où les risques de surdiagnostics auraient été sous estimés ou occultés par les organisateurs du DO.

*Q7 Doit-on **réduire** le DO des cancers du sein à un moins grand nombre de femmes ?*

R7 Une évaluation indépendante du DO est nécessaire. Cette évaluation ne doit pas être exclusivement faite par les organismes qui jouissent aujourd'hui du monopole d'accès aux données, mais, en toute transparence, doit faire appel à des équipes de recherche extérieures à ces organismes, apportant toutes les garanties de rigueur, de compétence et d'indépendance dans le suivi à long terme des résultats des études.

*Q8 Doit-on **arrêter** le DO des cancers du sein ?*

R8 Au sein de notre groupe, quelques personnes sont favorables à cet arrêt. Cette question semble prématurée à la majorité des intervenants. Si une réduction du périmètre d'application du DO est envisageable, elle devrait être soigneusement préparée. Une telle réduction ne saurait être mise en œuvre sans une information loyale des femmes concernées et des professionnels (le)s de santé.

Réduire la surmédicalisation des catégories sociales aisées implique une réaffectation des moyens vers la réduction de la sous-médicalisation des femmes appartenant aux catégories défavorisées de la population. Sans doute en élargissant l'objectif à l'ensemble des cancers fréquents. Dans un tel contexte la réduction d'incidence des cancers avancés est un objectif qui prend toute sa signification.

*Q9 Doit-on **limiter** le DO des cancers du sein aux groupes de femmes porteuses de risques ?*

R9 Nous n'envisageons ici que les risques détectables avant toute mammographie. Le risque majeur connu concerne les femmes porteuses des gènes BCRA1 ou BCRA2. Ces déterminants sont associés à 5% des cancers du sein et de l'ovaire. Par ailleurs, nombre de travaux épidémiologiques tentent d'identifier des déterminants associés à d'autres marqueurs génétiques ou épigénétiques et/ou familiaux, des déterminants liés à l'environnement, au mode de vie, à la profession, à l'alimentation, aux maternités et à l'allaitement, à une comorbidité, etc... qui permettraient une sélection capable de cibler le DO, non plus sur 9 millions de femmes, mais sur une population beaucoup plus restreinte. On opérerait donc vers la réduction des risques réductibles.

Q10 Comment procurer aux professionnels et au grand public une information fondée sur les preuves, quand ces preuves existent ? Et dans les cas où ces preuves n'existent pas, ou sont d'un niveau insuffisant, comment instruire les professionnels et les femmes des questions en suspens et des controverses inévitables sur le chemin des savoirs

R10 La situation pour ce qui concerne le DO des cancers du sein illustre assez bien un phénomène qui existe pour bien d'autres sujets. D'un côté une élite de professionnels de santé, d'administrateurs et de professionnels de la communication partagent une opinion fondée sur des données qui commencent à dater, de l'autre une minorité de personnes, plus attentives aux résultants discordants, aux signaux mettant en évidence une réalité différente. Les premiers imposent la survie d'un paradigme, au sens où l'entendait Thomas Kuhn⁹, les autres tentent en vain de faire connaître l'évolution des savoirs. Avec d'autant plus de peine

⁹ Kuhn T., La structure des révolutions scientifiques, Flammarion, Champs Sciences, 2008

que des facteurs sociaux et économiques interfèrent dans la formation des opinions. Les professionnels et le grand public sont les enjeux de cet antagonisme. Jusqu'au moment où survient une bascule de l'opinion. Nous sommes acteurs et témoins de signaux d'un possible basculement. Parmi les précédents récents, rappelons-nous la bascule de la pensée médicale pour ce qui concerne le dépistage des cancers de la prostate et pour la prescription d'hormones aux femmes ménopausées.

La réponse est de mener à son terme cette concertation. La population féminine a commencé à apporter une réponse à la question en ne participant pas à plus de 52% au DO. Le reflux du DO est un phénomène possible. La question est, non pas seulement comment procurer l'information, mais comment faire pour que le reflux ne soit pas une déroute préjudiciable aux femmes.

Le climat émotionnel associé aux maladies cancéreuses a été largement exploité par les campagnes de recrutement des femmes bien portantes conviées au dépistage. Ce climat est profondément entaché par des éléments trompeurs, qu'il faut écarter des discours publics. Il y faudra une volonté sincère de considérer les femmes auxquelles on s'adressera comme des personnes suffisamment adultes pour voir en face la réalité de la condition humaine.

Notre vision de la concertation et nos attentes

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de nous avoir écoutés. Au terme de votre mission, vous allez remettre votre rapport.

Savez-vous par qui et comment sera assuré le suivi de vos recommandations ?

Quand le niveau des preuves est élevé, les recommandations que vous allez faire doivent être fermes. Il y aura toujours des intervenants après vous pour les affaiblir. Ne soyez pas associés à un combat d'arrière garde.

Sachez que de notre côté nous persisterons à porter à la connaissance du public notre travail. Quand se terminera cette concertation, nous ferons le bilan et nous poursuivrons nos efforts pour dialoguer et nous approcher un peu plus de la réalité.

Toutefois, nous nous sommes engagés il y a des années dans une série d'actions et de réflexions indépendantes des pouvoirs publics et des forces de l'argent. Des gens plus jeunes que nous prennent le relais et nos efforts ne cesseront pas avec cette concertation. C'est un choix en toute conscience. C'est aussi une position éthique et civique.

Nous assumons pleinement notre position minoritaire au sein des professionnels de santé. D'ailleurs, nous n'avons jamais considéré que nous soyons plus près de la vérité parce que nous devenions plus nombreux.

Conclusion

Ce que nous disons ici repose sur des savoirs anciens et sur des savoirs récents. Subsistent des doutes sur les actions à entreprendre, sur les choix collectifs et individuels les meilleurs. La seule certitude est la nécessité impérative de réduire les conflits d'intérêts et d'accroître l'indépendance des chercheurs, des cliniciens et *a fortiori* des décideurs. Personne n'a le monopole du cœur, ni de l'intérêt général, ni de la pensée scientifique, encore moins de la vérité, mais nous ne pouvons ignorer les conflits d'intérêts.

Les choix erronés du dépistage de masse des cancers du sein, dans l'état présent des connaissances sont réfutables. Ne pas faire les travaux épidémiologiques propres à cette réfutation, à partir des données existantes et des données rendues accessibles en France doit désormais ne plus être considéré comme une erreur, mais comme une faute grave. La

surmédicalisation qui en résulte est préjudiciable à la santé de la population et des personnes, elle induit des troubles pathologiques sévères, des souffrances et la mort de certaines patientes. Elle est une source majeure de gaspillage des ressources. Ceci n'est pas vrai pour tous les cancers. Il est « sûr » *jusqu'à preuve du contraire*, que les dépistages des cancers du col utérin et du colon sont médicalement efficaces. Cependant ils ne portent pas en priorité sur les personnes les plus exposées, ce qui appelle un gros effort d'organisation. En dehors des cancers, la majorité des dépistages étudiés récemment incitent cependant au doute rigoureux et à l'exigence de preuves de niveau élevé.¹⁰¹¹

Faut-il changer d'orientation ? Au lieu d'accroître le nombre de femmes participantes, mieux vaut parvenir à plus grande-efficacité. Réfléchir aux stratégies les plus appropriées pour faire face aux cancers implique de tenir compte de l'évolution du système de santé au présent et dans le futur à moyen terme

Les enjeux économiques de la réduction indispensable du nombre de surdiagnostics des cancers du sein (et d'autres cancers) retentira inévitablement sur les moyens consacrés aujourd'hui au dépistage lui-même, mais aussi aux moyens gaspillés pour les surtraitements. Il s'agit, tout le monde le comprend, des moyens humains et matériels. Cette perspective doit être présente à l'esprit de ceux qui ont la charge de la politique de santé. Aucune solution ne peut être envisagée qui ne donne la priorité absolue à l'intérêt des patients. Les décisions donnant la priorité seconde aux professionnels de santé, avant de se préoccuper des capitaux investis dans la filière des pathologies cancéreuses, appartiennent bien entendu au domaine politique et les choix ne pourront être faits à l'abri du regard vigilant des citoyens.

Errare humanum est, perseverare diabolicum

¹⁰ Popper K., La logique de la découverte scientifique, (1935), Payot 1973.

¹¹ Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials, Saquib N., Saquib J., Ioannidis J.P.A., International Journal of Epidemiology, 2015, 1–14, doi: 10.1093/ije/dyu140.