



Cancers du sein : les patientes dans la tourmente

D'après un entretien avec Natacha Espié, psychologue et présidente de l'association Europa Donna

Et les femmes, qu'en pensent-elles ? Comment réagissent celles dont la santé, la vie se trouvent ainsi objet de débats ? Dès lors qu'elles se trouvent confrontées à la maladie, dans leur propre corps ou à travers un proche, controverses et idéologies n'ont pas cours. Pour mener le combat qui leur appartient, elles n'ont besoin que d'une chose : une information éclairée, fiable.

Europa Donna est la branche française d'une coalition qui regroupe 46 pays du continent européen. Au niveau national, elle est organisée en délégations, réparties sur l'ensemble du territoire français, ce qui lui donne un aperçu de toutes les sensibilités, au delà des seules grandes villes. Europa Donna est une association militante, dont le but est d'informer, rassembler et soutenir les femmes, leurs familles, leurs proches dans la lutte contre le cancer du sein. A ce titre, elle a participé à la réflexion sur les plans cancer et soutient chaque année la campagne Octobre Rose de l'Institut National du Cancer (INCA). Ses actions sont engagées autour de dix objectifs, dont le premier est de privilégier une information complète : sur le dépistage, les traitements, le suivi psychologique et social, la qualité de vie des femmes pendant et après la maladie.

Promouvoir le dépistage est une de ses missions premières. L'Europe, il faut le rappeler, y est favorable. On constate d'ailleurs que cette tendance à contester tout programme de santé publique - dépistage organisé, vaccination - est une posture très française. Dans ce débat qui persiste, il serait avant tout souhaitable « qu'on ne s'exprime pas à la place des patientes » souligne Natacha Espié. « Dans ma double expérience de psychologue et de présidente d'Europa Donna, je n'ai jamais entendu remettre le dépistage en cause ». Même parmi celles à qui l'on a détecté un « petit » cancer : parce qu'à ce jour, personne ne dispose de boule de cristal pour leur garantir qu'il ne dégénérera pas.

Bien sûr, elles expriment de la peur. Le cancer *fait* peur. Cette cancérophobie, chacun la porte en soi. Elle se révèle évidemment au moment d'envisager une mammographie. Il n'est pas agréable, lorsqu'on se sent bien portante, de se dire, « j'y vais », avec peut être le risque de basculer vers la pathologie. Tout geste de dépistage est en soi générateur d'anxiété. Si elle se révèle un frein, mieux vaut aider les femmes à réfléchir à cette angoisse, en leur communiquant une information qui les aide à s'y retrouver, plutôt qu'à favoriser leur cancérophobie. Il faut leur expliquer que c'est un sentiment légitime, parfaitement adapté, mais que peut être, aussi, ce geste les sauvera d'une chimiothérapie, de traitements invalidants.

Une fois le diagnostic posé, non seulement elles ne remettent pas le dépistage en cause, mais certaines réclament même un traitement plus radical. Alors qu'on leur a diagnostiqué une tumeur de la forme la moins agressive, de bas grade, à un stade précoce, où le standard de traitement est une chirurgie conservatrice, il arrive parfois que certaines femmes demandent au contraire une mammectomie. Elles veulent ainsi se délivrer du cancer. Cette demande existe, il faut aussi l'entendre comme légitime.

En incitant au dépistage, en leur conseillant d'établir un dialogue, avec leur médecin traitant ou leur gynécologue sur ce sujet, il n'est pas question d'enlever leur libre-arbitre aux femmes. Laisser décider librement suppose d'être certain que toutes ont reçu toutes les informations adéquates, médicales, fiables : « c'est malheureusement loin d'être le cas » déplore Natacha Espié. Une information complète, c'est expliquer qu'il ne faut pas confondre dépistage et prévention. Résister à la pensée magique, qui consiste à se penser protégée parce qu'on a fait une mammographie ou que l'on participe régulièrement au dépistage. C'est en revanche « expliquer qu'il faut agir le plus vite possible, pour éviter des complications majeures : l'argument de base est là » souligne la présidente d'Europa Donna, témoignant de femmes, qui à la veille d'affronter six mois de chimiothérapie regrettent de ne pas être allée consulter plus tôt ou n'avoir pas répondu aux invitations de dépistage. Détecter un cancer le plus petit possible, c'est s'assurer le moins d'ennuis possible. Diagnostiqué à un stade « clinique » plus avancé, quand il s'est déjà répandu vers la peau, le muscle, les ganglions, le cancer du sein engage dans un très long parcours : la chirurgie, six mois de chimiothérapie minimum, 5 à 10 ans d'hormonothérapie derrière. « Les chimiothérapies sauvent des vies, c'est certain, mais s'en passer c'est mieux, tant ces six mois sont compliqués à vivre. » Outre les implications médicales, la douleur, la fatigue, il en va aussi du rapport à soi : « le schéma corporel bouleversé par un corps - peut être mutilé-, sans cheveux ni poils. ». Du rapport social, économique : le cancer coûte cher, en reste à charge le temps de la maladie, en perte d'emploi, en effets secondaires qui peuvent resurgir longtemps après. Il devient alors « une parenthèse qui ne se referme jamais. »

Cancers du sein : en faire trop? Ou pas assez...

A partir d'un entretien avec le Dr Marc Espié, responsable du centre des maladies du sein de l'Hôpital Saint-Louis à Paris et membre de la commission sénologie du CNGOF

Sur-diagnostic et sur-traitements sont aujourd'hui les principaux griefs faits au dépistage organisé. Réalité-diversement évaluée- à l'échelle épidémiologique, ce point de vue est ingérable à l'échelon individuel : en l'état de la science, ne pas traiter les petites tumeurs que le dépistage organisé permet de révéler n'est pas envisageable.

A force de chercher, forcément on trouve. C'est ce que pensent certaines femmes, justifiant ainsi leur refus de souscrire au dépistage. En les soumettant à des mammographies régulières, on finirait par diagnostiquer plus de cancers qu'il ne le faudrait : en repérant des lésions de plus en plus petites, qui passant inaperçues ne se seraient peut être jamais manifestées cliniquement du vivant des femmes, n'auraient en somme pas menacé leur vie, parce que ce sont peut être des tumeurs indolentes, qui ne deviendraient jamais agressives. C'est ce que l'on appelle le sur-diagnostic. Et c'est aujourd'hui de loin le principal reproche adressé par ses détracteurs au dépistage organisé : accusé d'en faire trop, et partant d'imposer trop de traitements, aussi lourds et invalidants qu'inutiles.

Rappelons avant tout que le dépistage organisé est un programme de santé publique, dont le but est de faire baisser, à l'échelle du pays, la mortalité par cancer du sein, loin d'être négligeable au regard des 12 000 décès annuels. Et si l'on veut y parvenir, il faut que 70 % de la population cible, des femmes de 50 à 74 ans, y souscrivent.

Le grief de sur-diagnostic qui lui est fait s'appuie sur une réalité : la détection de lésions qui n'étaient en effet pas repérées auparavant, petits cancers infiltrants et cancers canaux in situ (CCIS). Le pourcentage de ces formes précoces a en effet augmenté, passant de 7,6 % en 1990-92 à 13,5% pour la période 2005-2007. Les CCIS représentent aujourd'hui 15 % des 37 000 cancers du sein détectés via le dépistage, selon la synthèse publiée en octobre 2016 par Santé Publique France : 37 % d'une taille inférieure à 10 mm, 77% sans envahissement ganglionnaire. L'étude menée sur 29 902 femmes ayant participé au dépistage entre 2000 et 2010 dans trois départements (Hérault, Isère, Loire-Atlantique) (Molinié F. J Med Screen 2016) trouvées porteuses de tumeurs infiltrantes montre également une diminution linéaire de leur taille. En dix ans, le nombre de lésions supérieures à 2 cm a baissé de 108,4 à 84,1 pour 100 000. A lieu de considérer cela comme encourageant, peut-on réellement reprocher aux médecins de ne pas les laisser « dormir » ? Peut-on considérer, comme les anti dépistage, qu'une femme ainsi diagnostiquée aurait toutes les chances de mourir d'autre cause, avant d'être emportée par les conséquences cliniques de tels cancers ?

On avait auparavant un reflet indirect de cette notion, via des rapports d'autopsie, révélant la présence de cancers infra-cliniques chez 7 à 39 % de femmes décédées d'autre cause. Le sur-diagnostic a depuis fait l'objet de nombreuses études, menées rétrospectivement, fondées sur des

calculs, projections et comparaisons entre faits observés et attendus. L'estimation qui en résulte varie de 3 à... plus de 50 % : quand les uns jugent que pour un décès par cancer du sein évité on en dépiste « abusivement » 3, les autres concluent à un cas pour deux décès évités. Pour Goetzche (Goetzsche PC, Nielsen M Screening for breast cancer with mammography. Cochrane data base Syst Rev 2009 (4): CD0011877), le risque de sur-diagnostic serait de 33 %. L'Euroscreen Working Group (J Med Screen 2012; 19 suppl 1 : 5-13) l'estime entre 5 et 10 %, tandis qu'une étude publiée en Finlande en 2014 l'évalue de 5 à 7 %.

Il n'est pas question de le nier : le sur-diagnostic, estimé selon les données européennes de l'ordre de 1 à 10 %, existe certainement. « Si l'on considère une femme de 73 ans, chez qui l'on a repéré un CCIS et qui meurt trois ans plus tard d'un infarctus, on aura en effet fait du sur-diagnostic » convient le Pr Marc Espié. Mais au delà d'un tel exemple, « ce qui semble une vérité quand on l'examine sous l'angle épidémiologique, est absolument impossible à apprécier par les cliniciens à l'échelle individuelle, pour chaque patiente » prévient le sénologue. Un cancer du sein, ce n'est pas un cancer de la prostate, reconnu d'évolution lente. Outre que l'« on en a jamais vu régresser d'elle même », rien, devant une « petite » tumeur du sein, ne permet à l'heure actuelle de savoir quand, ni à quelle vitesse elle risque d'évoluer. Des études sont en cours pour évaluer la capacité des nouveaux tests génomiques à prédire parmi les CCIS, lesquels risquent une évolution rapide. De grands espoirs sont également aujourd'hui fondés sur l'étude de l'ADN circulant. Autant de progrès techniques dont on espère qu'ils permettront, demain, de modéliser le risque pour chaque femme. En attendant, à défaut d'être devins, les cliniciens ne peuvent, pour décider de la stratégie de traitement à adopter, que se fonder sur l'examen anatomopathologique, après biopsie, des lésions repérées à la mammographie et juger de leur dangerosité en fonction d'une combinaison de critères : taille et présence éventuelle de cellules tumorales autour, grade (degré de malignité, dont d'agressivité), expression de récepteurs hormonaux.

Face à une « petite » tumeur, de type CCIS, « peu de femmes accepteraient aujourd'hui de vivre avec, en se contentant d'une surveillance » souligne le Pr Marc Espié. Sans pour autant se voir soumise à un sur-traitement. Son ampleur a elle aussi été évaluée par des chercheurs : Goetzsche et al et la Cochrane Data base, en 2013 ont ainsi estimé que le dépistage augmenterait le taux de mastectomies de 20 %. Cette affirmation ne repose que sur deux études. Les données « de la vraie vie », recueillies en Allemagne notamment, montrent une tendance inverse (Stang A Sur J Epidemiol 2013; 28: 689-696). Depuis l'introduction du dépistage, ce sont au contraire les traitements de chirurgie conservatrice qui augmentent (de 75,6 à 80,9% pour les cancers in situ), particulièrement chez les femmes de 50 à 69 ans. Le nombre de mammectomies ne s'y accroît que chez les femmes plus jeunes, qui ne sont pas concernées par le dépistage. Dans ce contexte, accuser les médecins de trop traiter leurs patientes est un procès injuste. A Saint-Louis, nous avons même fait le choix de ne plus prescrire de radiothérapie post tumorectomie conservatrice : nous n'irradiions plus les patientes avec un cancer in situ inférieur à 1 cm et de bas grade.

Que faut-il « craindre » de la mammographie ?

D'après un entretien avec le Dr Jean-Yves Seror, radiologue à Paris, membre de la commission sénologie du CNGOF

Désagréable, la mammographie serait également dangereuse. En elle-même, parce qu'elle exposerait inutilement à une radiation toxique, alors que l'on n'est pas « malade ». Et parce qu'elle peut déboucher sur des diagnostics incertains, faussement négatifs, ou faux positifs à l'inverse, sources de grande anxiété. Malgré ces griefs, dont la portée est diversement évaluée, son bénéfice reste réel.

La mammographie peut être vécue par certaines femmes comme un moment désagréable, aucune femme ne se soumet de gaité de cœur à un examen, dont elle sait qu'il peut déboucher sur la révélation d'une anomalie qui pourrait bouleverser sa vie mais également l'obliger à comprimer ses seins fortement pendant quelques secondes. Est-ce un frein ? Selon les évaluations disponibles dans la littérature scientifique, parmi les femmes qui renonceraient à poursuivre le dépistage par mammographie, 25% à 46% évoquent la douleur et le désagrément, ce qui représente en Angleterre entre 47 000 et 87 000 patientes/an. « Les constructeurs d'appareils de mammographie travaillent aujourd'hui activement sur le design et les systèmes de compression afin de diminuer cette sensation d'écrasement », confie le Dr Jean-Yves Seror. Par ailleurs, si le matériel est un élément essentiel, il appartient aussi aux radiologues et manipulateurs des centres de dépistage, spécialement formés, d'expliquer et d'entourer la patiente pour la rassurer, limiter la douleur, tout en optimisant sa position dans l'appareil. Meilleur sera le positionnement, plus le diagnostic à des chances d'être fiable, sachant que plus le sein est comprimé, plus la dose d'irradiation sera basse.

Le principal grief adressé à la mammographie, dans les controverses qui entourent le dépistage organisé, est que l'examen soit porteur d'effets secondaires: l'irradiation nécessaire à la réalisation des clichés, rayons qui en soi, seraient susceptibles d'induire des cancers du sein. L'impact des rayonnements ionisants sur les tissus est réel : « en modifiant la structure de l'ADN, une irradiation risque en effet de susciter des mutations à l'intérieur des cellules » explique le radiologue. Mais ce risque est très faible et doit être relativisé. La dose reçue par la glande mammaire pour un examen complet des deux seins est de l'ordre de 4,7 milligrays (mGy): en comparaison, une radiographie de la colonne lombaire est deux à quatre fois plus irradiante et un seul scanner abdominal 13 fois plus.

Jusqu'à quel point ce risque représente-t-il une menace pour les femmes et un obstacle au dépistage? Plusieurs équipes ont cherché à quantifier l'effet de la mammographie sur la carcinogénèse mammaire. Tous les humains sont exposés à un rayonnement naturel et l'organisme est capable de réparer ces effets destructeurs sur les cellules. L'irradiation d'une mammographie correspond à environ 3 mois d'irradiation naturelle. « Le problème, souligne le Dr Seror vient de ce que le dépistage par mammographie s'adresse à des personnes a priori bien portantes ».

Les études ont analysé le risque, selon l'âge des femmes et différentes expositions, à débits de doses divers, puis combiné ces informations avec le nombre de cancers détectés dans la population. En se basant sur les données du programme de dépistage du National Health Service au Royaume-Uni, Law, en 1995, concluait que sur un million de femmes exposées à un cliché par sein à 1 mGy tous les trois ans, l'examen provoquerait 32 nouveaux cancers. En 1997, Feig et Hendrick (J Natl Cancer Inst Monogr. **1997**;(22):119-24. Radiation risk from screening mammography of women aged 40-49 years. **Feig SA(1), Hendrick RE.**) estiment pour leur part que l'exposition de 100 000 femmes, pendant dix ans, à un programme de dépistage annuel débutant à 40 ans, à 4 mGy par examen, induirait 20 nouveaux cas de cancer du sein et que huit femmes en décéderont. Pour une même cohorte de femmes, recevant 3,7 mGY au niveau des deux seins entre 40 et 55 ans, puis tous les deux ans jusqu'à 74 ans, Yaffe (M J Yaffe, Radiology; 2011; 258 : 98-105) estime à 86 le nombre de cancers radio induits, et 11 décès et met en balance, pour ces 100 000 femmes : 136 années-femme perdues pour 10 670 années femmes gagnées grâce au dépistage. Une étude norvégienne de 2014 (Hauge IHR, Acta Radiol 2014; 55 : 1174-1179) estime en revanche que pour un dépistage tous les deux ans entre 50 et 69 ans, le risque de cancer radio induit entre 50 et 85 ans est nettement moindre, de 10/100 000, pour une dose de 2,4 mGy avec un risque de 1 décès, en regard de 350 vies sauvées.

En d'autres termes, toutes les études indiquent que si le risque existe, il est infime, avec une augmentation estimée à 0,03% sur une vie.

Le problème de ces études épidémiologiques, « forcément rétrospectives, est en outre qu'elles s'appuient uniquement sur des modélisations appliquées à la population générale » souligne Jean-Yves Seror. Le cancer du sein étant multifactoriel, aucune n'a jamais pu mesurer directement le risque causé par les doses délivrées par l'irradiation de la mammographie elle-même. La radio sensibilité des seins est augmentée chez les femmes jeunes et diminue considérablement avec l'âge : La radiosensibilité baissant à partir de 50 ans, cela confirme l'intérêt de la population cible du dépistage organisé » souligne le Dr Seror. L'étude américaine, publiée dans la revue Annals of Internal Medicine en janvier 2016, menée sur 100 000 femmes ayant subi une mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans, avec une estimation de 27 cancers radio induits (dont 4 décès) versus 627 vies sauvées par ce même dépistage, a d'ailleurs abouti à la mise à jour des recommandations des services de prévention sanitaires américains, exactement sur le même modèle que la France. Pour un dépistage tous les deux ans de 50 à 74 ans, le rapport bénéfique risque est favorable.

Si la possibilité de cancers radio-induits existe, il ne faut donc pas l'exagérer non plus. Au quotidien, il est d'ailleurs frappant de constater que « les questions des femmes à leur entrée en salle de mammographie concernant l'irradiation sont souvent rythmées par les médias, et augmentent systématiquement dans les 10 à 15 jours suivant des articles ou émissions traitant du sujet, observe le Dr Seror, qui vient de lancer une étude auprès des patientes du centre Duroc : l'une des questions vise à évaluer précisément ce ressenti. « Les premiers résultats indiquent que si pour 12,2 % l'irradiation est un élément important, seuls 2% considèrent ce point comme un frein à la mammographie et 65,3% font confiance au praticien. »

« La grande majorité de ces études ont en outre été menées sur la base d'anciens appareils, analogiques, sans tenir compte des évolutions technologiques » Suite à une publication dans le New England Journal of Médecine en 2005 (Etude DMIST) les appareils de mammographie

numériques ont été autorisés pour le dépistage organisé en France en 2008. Ils équipent aujourd'hui près de 98% des cabinets agréés et permettent une diminution de la dose d'irradiation pouvant aller jusqu'à 20%, par rapport aux anciens appareils. « Avec le numérique, on obtient également moins de mauvais clichés, qui obligeaient parfois à recommencer l'examen ».

Enfin si complément d'examen il doit y avoir après mammographie normale, sur des seins denses notamment, on privilégie l'échographie. Cela permet de rattraper 3 cancers pour 1000 femmes dépistées. « La tendance est donc de toutes les façons à diminuer les doses d'irradiation sur nos patientes. » Dernier aspect essentiel : le contrôle de qualité des appareils de mammographie, qui intervient tous les 6 mois, évite toute dérive d'irradiation dans le temps. Le cahier des charges du dépistage en France a permis une amélioration qualitative du parc de matériel, et cela profite aux patientes qui réalisent cet examen dans le cadre du dépistage organisé ou individuel.

Faux positifs, faux négatifs : ce qu'il faut savoir

L'attente est évidemment pénible à vivre, après avoir subi une mammographie. Trois semaines s'écoulent avant de recevoir ses clichés, tandis que les résultats sont, eux, transmis au médecin. Avec la peur qu'ils soient incertains.

Le faux positif correspond à un cliché montrant une anomalie, qui ne correspond finalement pas à un cancer. Obligeant à rappeler la patiente, il est évidemment source de grande anxiété pour elle. Selon l'Euroscreen Working Group (J Med Screen 2012; 19 suppl 1 : 5-13) ce risque de faux positif est estimé à 20 % après dix tours de dépistage : dans la majorité des cas (17%) le doute est levé sans procédure invasive, par de nouveaux clichés et un examen clinique et dans 3% des cas, en passant par une biopsie. Ce taux de faux positifs et de biopsies à suivre pour lever le doute est très variable, de 8 à 21 %, selon les études, les systèmes de santé de chaque pays et le degré de judiciarisation de la relation médecin-patient. C'est pour le réduire au minimum que le programme français de dépistage a instauré le bilan diagnostic immédiat (BDI). « Il permet, dès lors que le radiologue trouve une anomalie de compléter la mammographie d'emblée par une échographie ou des clichés complémentaires ». Résultat, le taux de biopsies n'est aujourd'hui que de 2% en France, en cas d'anomalie repérée à la mammographie.

Lorsque l'examen de mammographie ne montre à l'inverse aucune anomalie, il faut éviter au maximum la possibilité d'être face à un faux négatif, qui rassurerait les femmes à tort. Afin d'en limiter le nombre, le cahier des charges du dépistage en France prévoit des stratégies pour rattraper les faux négatifs : examen clinique (0,7% des cancers), échographie mammaire (1,8 %) et seconde lecture. Tous ces éléments associés à la formation spécifique au dépistage des radiologues et manipulateurs permet de limiter le taux de faux négatifs à 18%. Les mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé, il faut le rappeler, ne peuvent l'être que par des radiologues rompus à cette pratique, qui réalisent au minimum 500 de ces examens chaque année. Il faut en réaliser plus de 1500 pour faire partie des deuxièmes lecteurs qui évaluent systématiquement, une deuxième fois, tous les clichés « sains ». Cette deuxième lecture permet aujourd'hui de rattraper 6 % de cancers, soit 2200 sur une période de deux ans,

chiffre stable depuis 2012 et, très variable en fonction des régions Toute la difficulté de cette seconde lecture et de rattraper les cancers qui auraient été ratés par le premier lecteur, sans être à l'origine d'un taux de rappel trop important. A l'avenir, elle sera probablement rediscutée dans le dépistage organisé, grâce à l'apport de la tomosynthèse, qui permet de détecter 27 à 43 % de cancers supplémentaires, tout en diminuant le taux de rappel.

Cancers du sein : refuser dépistage et diagnostic au prix de vies altérées ?

D'après un entretien avec le Pr Carole Mathelin, chef du service de sénologie au CHU de Strasbourg et responsable de la commission sénologie du CNGOF

Entre controverses et amalgames, informations erronées ou raccourcis véhiculés jusque sur le net, les femmes finissent par entendre que le dépistage ne sert à rien, les menace plus qu'il ne les protège. Pire : elles en viennent à suspecter toute la prise en charge des cancers du sein. A la longue, si leur santé se trouve bel et bien en danger, c'est, comme le constatent les praticiens, parce qu'elles consultent plus tardivement. Oubliant que tous les cancers ne se valent pas : traiter une tumeur de 4 mm ou de 20 mm, ce n'est pas la même chose. Ni en termes de survie, ni de qualité de vie.

Les premières campagnes de dépistage, destinées à une population de femmes en bonne santé, sans signes cliniques ou symptômes de maladie ont été initiées aux Etats-Unis, à la fin des années soixante, puis dans les pays scandinaves. La France a attendu quelques années avant de lancer à son tour un programme de santé publique. Initialement prévu pour les femmes de 50 à 65 ans, il a été étendu jusqu'à 74 ans. Les modalités en ont été longuement étudiés, avant qu'il ne soit généralisé à l'ensemble du territoire en 2004, après évaluation de campagnes d'abord mises en place dans des départements pilotes.

L'Alsace a été de ces pionniers, dès le 15 mai 1989. La région était jusqu'en 2015 de celles où le taux de participation au programme de dépistage organisé dépassait le taux national (56 % dans le Bas Rhin, et 57% dans le Haut Rhin). Seuls deux départements français (Maine et Loire-Atlantique) s'approchaient de l'objectif en 2014 avec des taux de participation compris entre 65 et 70 %. En revanche, les tout derniers chiffres de 2016 accusent un recul important et préoccupant avec un pourcentage de 51,9 % seulement. Avec 2 520 000 femmes participantes en 2014, le taux de participation national au programme de dépistage organisé dépasse à peine les 52 %. Après avoir progressé de façon importante les premières années (de 42,5% en 2004-2005 à 52,7 % en 2011-2012), l'adhésion à ce programme de dépistage organisé marque le pas, avec de fortes disparités. Certaines régions, comme la Corse ou Provence-Alpes-Côte d'Azur n'atteignent pas les 40 % de taux de participation, tandis que Paris, où l'on observe pourtant comme dans de nombreuses grandes villes une sur-incidence du cancer du sein, affiche le plus bas : 26,8 %. A cette participation au dépistage organisé, s'ajoute un taux, en réalité inconnu, mais couramment estimé de 10 à 15 % de femmes de 50 à 74 ans qui se soumettent à des mammographies de contrôle, sur prescription individuelle de leur gynécologue ou médecin traitant. On dans tous les cas, loin de l'objectif fixé européen de 70 % de participation, repris par le plan cancer, et jugé nécessaire pour parvenir à une diminution de la mortalité.

Combien le dépistage sauve-t-il de vies réellement ? L'évaluation, qui s'appuie toujours sur des essais anciens aux méthodologies contestées, est complexe. C'est pourtant sur ce point que des voix discordantes ont d'abord commencé à se faire entendre. Le débat a émergé dès le début des années 2000, peu médiatisé au départ, sinon par la revue médicale indépendante *Prescrire* (publication de l'association pour une formation médicale indépendante Formindep). Une méta-analyse, publiée dans *The Lancet* en octobre 2001 par deux chercheurs Danois Gotzsche et Olsen

(Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358:1340-2.) a ouvert la voie. Les auteurs fondaient leur analyse sur une revue de sept études prospectives randomisées publiées sur le sujet, initiées entre 1960 et 1980, comparant un groupe de femmes dépisté par mammographie et un groupe témoin sans dépistage, et concluait à une réduction de risque réel inférieur à 4%. Leur méthodologie a été contestée...pour avoir éliminé 5 essais. Sur les 7 existerait bel et bien une réduction de mortalité de 20 %. La collaboration Cochrane, groupement scientifique indépendant, l'estime au mieux à 15 %. Les revues d'études et méta analyses n'ont cessé de s'enchaîner, sans que les chercheurs s'accordent : « à partir des données des mêmes essais comparant la mortalité par cancer du sein dans un groupe invité au dépistage et un groupe non invité, les estimations de réduction du risque varient selon les auteurs de 10 à 35 % » observe l'épidémiologiste Catherine Hill. En février 2014, l'étude de la Canadian National Breast Screening menée sur 90 000 femmes de 40 à 59 ans, suivies pendant 25 ans et publiée dans le *British medical journal* (Miller AB et coll. : *Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ* 2014) a remis de l'huile sur le feu : aucune différence significative ne ressort, avec ou sans mammographie régulière estiment les chercheurs qui préviennent tout de même que ces résultats ne sont pas transposables selon les pays et pratiques.

Le plus grave à la longue n'est pas tant que l'on débâte à l'infini sur le nombre de morts évitées. Mais que la controverse ait progressivement dérivé, dans un grand amalgame où finit par se mélanger dans la tête des Françaises cancers issus du dépistage et cancers cliniques, vers l'accusation faite aux médecins de sur diagnostic et de sur traitement. « C'est ce que l'on entend le plus aujourd'hui et le plus difficile à vivre pour les praticiens » souligne le Pr Carole Mathelin. L'un des effets indéniables du dépistage, est qu'il permet de repérer des anomalies à un stade infra-clinique, quand dans les années soixante, la taille moyenne des tumeurs diagnostiquées mesurait plus de 3 cm.

«Les femmes que nous voyons en consultation sont majoritairement issues du dépistage », confie Carole Mathelin. En Alsace, on mesure la différence, selon qu'elles ont été diagnostiquées dans ce cadre du dépistage organisé ou en dehors. Les premières se voient détecter des tumeurs de moins de 4 mm, les secondes de 20 mm. C'est loin d'être anodin : avec une tumeur de 4 mm la guérison est assurée à 95 %. Sans atteinte ganglionnaire, le traitement se limitera à une chirurgie conservatrice, suivie de radiothérapie, mais sans chimiothérapie. Avec une tumeur de 20 mm, la guérison n'est plus qu'assurée à 75 %. Ce sera au prix d'une mastectomie, qui malgré les progrès reste une mutilation considérable, parfois irréparable - et si atteinte ganglionnaire il y a, d'un curage qui fait toujours risquer un lymphoedème - puis d'une chimiothérapie agressive. «En l'état des données de la science on ne peut aujourd'hui apprécier quelle petite tumeur risque de devenir agressive : dans ces conditions, la décision de ne pas opérer est difficilement envisageable » souligne la présidente de la commission de sénologie, qui insiste : « parmi les femmes qui refusent parfois les traitements, je n'ai jamais vu de petite tumeur régresser et disparaître. » Contre toute évidence, pourtant, des femmes, aujourd'hui en France croient cela possible. C'est l'un des effets, perceptible depuis trois ou quatre ans, de la cacophonie d'informations contradictoires et du grand amalgame autour du dépistage, parfois soutenu de clips vidéos vus sur youtube. « Avant, les femmes venaient en confiance à la moindre alerte, en présence d'un nodule. » A force de tout

jeter dans la même eau avec le bain du dépistage organisé, oubliant qu'il n'y pas un mais des cancers du sein, «elles finissent par entendre, par extension, que consulter ou se faire diagnostiquer est aussi inutile » déplore le Pr Mathelin. Comme cette patiente, vue récemment, avec une tumeur visible, palpable...depuis trois ans. Elle pensait qu'elle pourrait régresser. Elle l'avait lu sur internet. Dans ce contexte, qui a suscité en France le lancement d'une concertation citoyenne en 2015, la rénovation du dépistage, dont le plan d'action a été annoncé en avril était en effet nécessaire. On ne peut qu'apprécier l'idée d'une double consultation, à 25 puis 50 ans, de prévention générale et d'explications sur le bénéfice du dépistage. **Car persister à «militer contre le dépistage aujourd'hui, revient ni plus ni moins à militer contre une prise en charge précoce des cancers, synonyme de gain thérapeutique et de qualité de vie, pour toutes les femmes ».**

Cancers du sein :

Veilleurs de la santé des femmes, les gynécologues prennent position en faveur du dépistage

D'après un entretien avec le Pr Israël Nisand, président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français et chef du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Strasbourg

Mieux informer les femmes, les guider utilement pour préserver leur santé et leur qualité de vie, c'est le rôle des gynécologues. Contraception, grossesses, ménopause, prévention, vaccinations, dépistages: spécialistes des pathologies féminines, des petits et grands maux, ces cliniciens sont leur interlocuteur privilégié tout au long d'une vie de femme. A ce titre, ils se trouvent aux premières loges pour constater les évolutions de la santé des femmes, se réjouir des progrès et s'alarmer des reculs dans leur prise en charge, par la société ou par elles mêmes.

Face à un état des lieux jugé inquiétant, la société savante qui rassemble ces spécialistes, ne peut se contenter du constat. Le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) se doit de prendre sa part dans les débats qui agitent la société, dès lors que la santé des femmes est en jeu. C'est pourquoi il a souhaité créer une commission sénologie et s'engage, avec des spécialistes de pathologie mammaire, en faveur du dépistage organisé des cancers du sein. Sans attendre les effets du plan de rénovation du dispositif, issu de la concertation citoyenne lancé par Marisol Touraine en 2015 et présenté en avril dernier : « s'il va dans le bon sens, il ne lutte pas contre la désinformation » juge le Pr Israël Nisand, président du CNGOF.

Or, « il existe actuellement une vraie ambiance, qui sur fond de thématique « écolo », pousse à la méfiance vis à vis de tout message de santé publique, avec de graves conséquences » déplore le Pr Nisand. Elle est perceptible vis à vis de la vaccination : moins d'un jeune sur deux débute sa vie sexuelle en étant immunisé contre l'hépatite B, « 14 % seulement des jeunes filles sont vaccinées contre le HPV, quand elles sont 98 % en Grande Bretagne, que des pays comme l'Australie vaccinent filles et garçons ». De polémiques en controverses sur l'utilité d'un dépistage organisé qui marque le pas, autour du risque de sur diagnostic ou de sur traitement, la même méfiance est à l'œuvre vis à vis de la détection et de la prise en charge du cancer du sein en général. Résultat : les praticiens voient désormais arriver des femmes porteuses de tumeurs à un stade beaucoup plus avancé. « Face à la dérégulation ambiante, il est temps d'apporter des contre-arguments aux femmes qui hésitent ou renoncent » souligne Israël Nisand. « Le dépistage organisé, c'est un cadeau de l'état, qui met toutes les femmes à égalité et il a du sens. Car en dépit des polémiques qui persistent à être véhiculées, il épargne bel et bien des centaines de vies. »

Qu'on le veuille ou non, le cancer du sein reste aujourd'hui un problème de santé publique. Avec 54 062 nouveaux cas en 2015 selon les dernières données officielles de l'Institut National du Cancer (INCA), il représente plus d'un tiers de l'ensemble des cancers détectés chaque année en France, et reste le plus fréquent chez les femmes, devant le cancer du colon et du poumon. Huit femmes sur dix en guérissent heureusement aujourd'hui. Mais si le nombre de décès a pu se réduire au fil des ans, sous les effets conjugués du dépistage et des progrès des traitements, le tribut reste lourd. Les femmes entendent souvent que le cancer du sein tue rarement après 50 ans, qu'elles ont toutes les chances de mourir d'autre chose avant ? Il faut se souvenir et leur rappeler qu'il demeure la première cause de mortalité par cancer chez la femme: « 12 000 décès par an ce n'est pas peu » prévient le président du CNGOF. Le nombre de décès que le dépistage

permet réellement d'éviter est controversé, évalué selon les études entre 10 et 30 %. « Même s'il l'on s'en tient aux 20 % communément avancés, cela fait tout de même 240 vies par an. Ce n'est pas rien » appuie Israël Nisand. Combattre les cancers du sein ne se joue pas qu'en termes de vies gagnées, mais aussi et surtout en qualité de vies épargnées : détectées plus petites, à un stade moins avancé, les tumeurs sont plus aisément guérissables, sans que cela soit au prix de chirurgies mutilantes et de chimiothérapies. Autant d'arguments qui permettent aux gynécologues de rappeler et faire rappeler aux femmes, sans autre intérêt que celui de leur santé : **« diminuer le nombre de décès ET améliorer la qualité de vie, par un dépistage, ça en vaut la peine. »**