

**Dépistage du cancer :**  
**« surdiagnostic » et logiques institutionnelles**

par Bernard Junod, médecin

Faculté de médecine, Rennes, 2 décembre 2005

# G.E.S.T.E.

## Groupe d'Etude en Statistique et en Epidémiologie (RENNES)



### Membres au 01/06/05

Pr. Hervé ALLAIN, Pharmacologie, CHU Rennes  
Stéphanie AUGAGNEUR, Interne, U.E.C.B, CHU Rennes  
Elizéna BARBOSA-ROGIER, Fac Dentaire  
Dr. BATT, DSP  
Rémi BATAILLON, URML  
Dr. BEGUE-SIMON, DSP  
Véronique BERNARD, DRC, CHU Rennes  
Dr. Catherine BOHEC, CAC  
Stéphanie BOURIC, DRSM  
Dr BRETAGNE, DRASS  
Alain BRIAND, CIRE-Ouest  
Centre d'Investigation Clinique, CHU Rennes  
C.CLIN Ouest  
Dr. Jean-Marc CHAPPLAIN, EOHH-Pin, CHU Rennes  
Cécile CHEVRIER, INSERM  
Marie-Noëlle CHICHIZOLA, DDASS 35  
Sylvaine CORDIER, INSERM  
Dr. Marc CUGGIA, DIM, CHU Rennes  
Sabine DIROU, CAC  
Gérard DURAND, ICONES  
D.S.P., Faculté de Médecine, Rennes  
Yannick EON, Service Médical  
Rémi FLICOTEAUX, DIM  
Robert FREUND, ENSP  
Bertrand GAGNIERE, CIRE-Ouest  
Ronan GARLANTEZEC, interne SP  
Pascale GERAULT, I'AROMSA (Association des  
Organismes de MSA de Bretagne).  
Olivier GRIMAUD, ENSP  
Yvonnick GUILLOIS-BECEL, CIRE-Ouest  
Françoise JABOT, ENSP  
Bernard JUNOD, ENSP  
Claude LESNE, DSP  
Jean-François LAURENT, CAC  
Céline LAVIOLLE, DRASS  
Dr. LERAY, DSP  
Pr. Benoît LIBEAU, CH St Nazaire  
Ghislain MANET, CIRE-Ouest  
Michel MARQUIS, DDASS 35  
Habiba MESBAH, CAC  
Philippe MICHEL, DR Agriculture  
Dr. NIMUBONA, DSP  
Lena PENNOGNON, ORS  
François PETITJEAN, MID  
Christine PIETTE, ICONES  
Hervé PRIGENT, CIRE-Ouest  
Patrice PREVOST, CIRE-Ouest  
Dr. Christine QUELIER  
Dr. F. RIOU, DSP  
A. RAOUX, ORS.B  
Florence ROUGET, INSERM  
Laurent TARDIF, ARH  
Carine TREGUER, URCAM  
Alain TREHONY, ORS.B  
Isabelle TRON, ORS.B  
Dr. VELLARD, DSP  
Dr. YAOUANQ, SEHH, CHU Rennes  
Jilali ZITOUNI, ORS.B

**Vendredi 2 décembre de 12h30 à 13h45**

**Université de Rennes 1, Faculté de médecine  
Bâtiment 2 central, salle ED 227 Parasitologie**

## Dépistage du cancer : « surdiagnostic » et logiques institutionnelles

par Bernard Junod, médecin de santé publique

Le dépistage augmente le repérage de pseudo-cancers que  
l'examen microscopique ne peut distinguer d'un cancer évolutif.

Le « surdiagnostic » nuit à la santé des gens et à l'acquisition de  
connaissances sur cette maladie. Face à ce phénomène connu  
depuis plusieurs décennies, les institutions impliquées dans la  
recherche et les soins adoptent des logiques potentiellement  
conflictuelles.

**Le colloque est ouvert à toute personne intéressée**

### **Contact :**

**Pr. Jacques Chaperon**

@ : [jacques.chaperon@chu-rennes.fr](mailto:jacques.chaperon@chu-rennes.fr)

Secrétariat : Laëtitia Piquet ☎ : 02.99.28.93.31

@ : [laetitia.piquet@chu-rennes.fr](mailto:laetitia.piquet@chu-rennes.fr)

# **Dépistage du cancer : surdiagnostic et logiques institutionnelles**

Par Bernard Junod, médecin

Groupe d'étude en statistique et en épidémiologie

Département de santé publique - Faculté de médecine  
Rennes – 2 décembre 2005

Chers collègues, chers amis, Mesdames, Messieurs,

En mars 2005, un colloque du GESTE a abordé la question de l'augmentation des diagnostics de cancer en France. L'examen différencié des localisations, des indicateurs d'incidence et de mortalité spécifique a précisé le lien entre cette forte augmentation et l'intensification du dépistage. L'explication est simple : des cancers non évolutifs, des pseudo-cancers, sont diagnostiqués en plus grand nombre à cause du dépistage. L'illusion de l'efficacité de leur traitement contribue à renforcer l'idée qu'une détection précoce soit bénéfique [1]\*.

Cette année, le Président de la Commission nationale cancer a fait état de l'existence de cancers du sein non évolutifs, les surdiagnostics, et de la médicalisation inutile qui s'ensuit [2]. Il s'exprimait après que je lui ai demandé s'il acceptait de remettre en question la définition histologique du cancer à cause de son défaut de spécificité, responsable des surdiagnostics.

J'ai ensuite rencontré les personnes en charge de la surveillance des maladies chroniques à l'INVS, du département de l'amélioration des soins à l'Institut national du cancer ainsi que la Direction générale de la santé.

Actuellement, je suis chargé d'organiser à l'Ecole nationale de la santé publique une réunion scientifique restreinte intitulée « dépistage du cancer du sein : surdiagnostic supposé et angiogénèse ».

Ces activités m'ont amené à réfléchir aux logiques institutionnelles face au surdiagnostic consécutif au dépistage.

\* Les numéros entre crochets [ ] renvoient aux références figurant à la fin du document

## Dépistage suivi ou non d'examens complémentaires

---

Ensemble des investigations à visée diagnostique  
initiées indépendamment d'un problème perçu  
par la personne examinée ou  
par son entourage

Pour commencer, voyons comment il se fait que le dépistage entraîne un surdiagnostic.

Le dépistage comporte une investigation peu invasive initiée indépendamment d'un problème perçu par la personne examinée ou par son entourage. Il s'agit par exemple d'une mammographie, d'un dosage de PSA, l'antigène prostatique spécifique, ou du repérage de traces de sang dans les selles. Le résultat de ces examens justifie de poursuivre ou non l'investigation par des examens complémentaires pouvant aller jusqu'au prélèvement de cellules ou d'un fragment de tissu qui sont examinés au microscope.

## Définition du surdiagnostic

---

Détection de « cancers » qui n'auraient jamais mis la vie  
de la personne en danger mais qui entraînent un  
traitement.

Source : [http://cis.nci.nih.gov/fact/5\\_29/htm](http://cis.nci.nih.gov/fact/5_29/htm)  
(institut national de la santé des Etats-Unis)

La notion de surdiagnostic est conceptuellement identique à celle de pseudo-cancer ou de faux positif.

Les guillemets entourant le mot cancer de la traduction française d'une définition figurant dans un texte accessible sur le site de l'institut national du cancer aux Etats-Unis précisent que ce mot s'applique ici au résultat de l'examen diagnostique d'une tumeur qui n'évolue pas. Le surdiagnostic s'oppose au « cancer évolutif ».

## Résultat épidémiologique démonstratif du surdiagnostic

Nombre attendu de cancers évolutifs : 2  
Taille moyenne des 19 cancers obtenus : 17 mm

<i>Diagnostic histologique de cancer du poumon après dépistage au scanner</i>		
	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Fumeur</i>	5	948
<i>Non fumeur</i>	14	3000

Cet exemple provient d'une étude menée auprès d'environ 4000 volontaires [3]. Un examen radiologique des poumons était réalisé par scanner spiralé. Les tumeurs repérées ont fait l'objet d'investigations complémentaires. Parmi ces 4000 volontaires, 19 tumeurs répondaient aux critères de définition histologique du cancer alors que les investigateurs attendaient seulement 2 cancers évolutifs selon ce qu'ils connaissaient par des observations antérieures dans des populations analogues.

On constate sur le tableau que ces tumeurs sont presque aussi fréquentes chez les fumeurs que chez les non fumeurs : 5 cancers pour près de mille fumeurs et 14 cancers pour environ 3000 non fumeurs ce qui donne des taux voisins de 5,2 pour mille chez les fumeurs et de 4,6 pour mille chez les non-fumeurs. On sait pourtant que le cancer du poumon est 10 à 20 fois plus fréquent chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Ici, on ne retrouve pas ce résultat parce que des surdiagnostics masquent le lien entre tabac et cancer évolutif.

## Cancer du sein : décalage entre définition histologique et réalité

<p>Repérage <b>systématique</b> ponctuel chez 686 femmes décédées sans lien connu avec un cancer du sein (études de ~1980)</p> <p><b>Résultat estimé pour 1000 femmes :</b> <b>24 « cancers invasifs »</b></p>	<p>Nombre de cancers observés dans la population féminine âgée de 60 ans en 1980</p> <p><b>Résultat estimé pour 1000 femmes :</b> <b>4 cas certains (létaux)</b> <b>+ 4 cas suivis de guérison</b></p>
<p>La définition histologique n'est donc pas 100% spécifique</p>	

Voici un deuxième exemple illustrant le décalage entre définition histologique et réalité.

Ce tableau compare le nombre de cancers repérés d'une part lors d'une recherche systématique à l'autopsie chez des femmes décédées par exemple accidentellement, sans lien avec une pathologie mammaire, et d'autre part, dans les conditions de suivi des femmes françaises âgées de 60 ans en 1980 [4].

On obtient des nombres de tumeurs prévalentes très différents : 24 lors de la recherche systématique par des prélèvements dans les seins lors de l'autopsie et au plus 8 cancers évolutifs diagnostiqués dans la population. Les 4 cancers présents en 1980 et ayant entraîné le décès sont certainement évolutifs. Les 4 cas suivis de guérison comprennent soit des cancers évolutifs dont le traitement a été efficace, soit des surdiagnostics. L'estimation de ces 8 cancers présents en 1980 chez 1000 femmes de 60 ans - un âge où le cancer est particulièrement fréquent - est fondée sur des milliers de cas identifiés par les statistiques de morbidité disponibles à l'époque et par les statistiques de mortalité portant sur l'ensemble de la population.

Les critères de définition histologique du cancer sont les mêmes dans les études d'autopsie et dans la population. Ce qui change, c'est l'intensité d'application de ces critères. Chaque femme autopsiée a été classée comme ayant un cancer ou comme n'ayant pas un cancer après l'examen au microscope de prélèvements effectués systématiquement. Dans la population, des prélèvements ont été faits seulement en cas de suspicion par exemple consécutive à la perception d'une grosseur qui augmente de volume.

Si la sensibilité et la spécificité résultant de l'application des critères histologiques pour établir la présence ou non d'un cancer évolutif étaient parfaites, les nombres obtenus par la recherche systématique et par l'observation chez les femmes de 60 ans en 1980 auraient été égaux. La différence entre nombres obtenus montre qu'il existe de nombreux cancers non évolutifs repérables par une recherche systématique ponctuelle et considérés à tort comme des cancers.

Ainsi, plus on en cherche, plus on en trouve.

<b>Distinction entre diagnostic ponctuel et réalité</b>			
<i>Variables</i>	<i>Vérité : réalité biologique</i>		
<b>Résultat histologique</b>	<i>Modalités</i>	<i>Cancer évolutif</i> <i>Présent                      absent</i>	
	<i>Cancer présent</i>	Vrai positif	Surdiagnostic
	<i>Cancer absent</i>	Faux négatif	Vrai négatif

Le sens étymologique du mot « diagnostic » coïncide avec le résultat de l'application de critères permettant de décider de la présence ou de l'absence d'une maladie donnée.

En l'occurrence, le résultat histologique obtenu par l'interprétation d'une image ponctuelle examinée au microscope peut soit coïncider avec la réalité biologique et produire un vrai positif ou un vrai négatif correspondant respectivement à la présence ou à l'absence de cancer évolutif, soit produire un résultat erroné : un faux négatif ou un faux positif. Le faux positif est équivalent au surdiagnostic. Il correspond à la situation où le résultat de l'examen au microscope conclut qu'il y a cancer alors qu'il ne s'agit en fait pas d'un cancer évolutif. La fréquence des surdiagnostics dépend de l'intensité du dépistage.

Du fait que le cancer est classiquement défini en fonction de l'histologie et non pas de sa véritable évolutivité, cette table de vérité n'a pas été couramment appliquée au résultat histologique. Sa construction impliquerait de suivre l'évolution des tumeurs après un diagnostic histologique.

# Objectif

Répondre à la question :

A quelles conditions  
le surdiagnostic peut-il contribuer  
à restaurer la cohérence entre  
faits observés et pratiques ?

La réflexion que je vais vous proposer sur les logiques institutionnelles adoptées face au surdiagnostic est d'abord fondée sur des faits notoires.

Lorsque j'ai perçu l'énormité des conséquences de la définition dogmatique du cancer fondée sur un examen ponctuel, sans preuve de l'évolutivité de la maladie, mon identité de médecin m'a brusquement gêné. C'est sans doute parce qu'elle est issue d'une formation et de l'exercice d'un métier où j'ai appris à appliquer les règles de l'art dans le but d'améliorer la santé des gens et de progresser dans la recherche. Or, tant qu'ils sont ignorés, les surdiagnostics nuisent à la santé des gens et à l'acquisition de connaissances.

Le décalage entre les faits épidémiologiques et la justification actuelle des pratiques s'est intensifié à un point tel que le dialogue entre chercheurs et praticiens s'est rompu. Les témoignages parfois vécus, souvent écrits par des médecins spécialistes du cancer convaincus de ce décalage depuis des décennies m'ont ému. Ils ont inspiré cette réflexion ingénue, surtout destinée à faire reconnaître l'authenticité de leur démarche lorsqu'elle vise à réconcilier leurs convictions de scientifiques et leurs pratiques professionnelles.



## (Sur)diagnostic et dépistage du cancer convergences et divergences

Scientifique	Institutionnel
~1850 Définition histologique du cancer	• Académie nationale de médecine : frein
~1950 Précocité de l'intervention souhaitable ?	• « American Cancer Society » : élan
~2000 Doute sur l'efficacité de la mammographie	• ANAES : maintien de ce dépistage
~2005 Méfaits du surdiagnostic proclamés en Europe	• INCA : instaure la culture du dépistage

Les convergences et les divergences scientifiques et institutionnelles ont oscillé au cours de l'histoire. Au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, la définition histologique du cancer n'est pas la panacée. Ainsi, le 10 octobre 1854, Velpeau s'exprime en ces termes à l'Académie nationale de médecine : « C'est parce que les caractères découverts par le microscope m'ont paru insuffisants que j'ai dû chercher à étudier avec d'autant plus de soin les caractères cliniques ». Il répondait alors à M. Robert, après un commentaire critique de ses résultats : « *l'erreur a dû consister à prendre pour des cancers des tumeurs de nature bénigne* »[5].

Un siècle plus tard, alors que scientifiquement, on s'interroge sur l'efficacité de la précocité des interventions à visée thérapeutique, l'American Cancer Society construit son positionnement institutionnel aux Etats-Unis en tablant sur la promotion du dépistage du cancer. Les travaux de Papanicolaou publiés en 1928 sont alors sortis de l'ombre après guerre pour mener une campagne de promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus. Les autres localisations suivront [6].

En France, Charles Gros, auteur d'un ouvrage de référence intitulé : « les maladies du sein » explicite en 1963 les limites d'une représentation simpliste du cancer du sein fondée sur l'extrapolation d'informations ponctuelles, qu'il s'agisse d'images radiologiques ou histologiques. Il annonce même que si l'examen radiologique « *se généralise trop vite sous couvert de dépistages, les erreurs seront nombreuses, le prix de revient croissant et un état d'anxiété créé. Le médecin devient iatrogène pour les individus et onéreux pour la collectivité* ».[7].

Le 8 janvier 2000, le Lancet publie le résultat d'une revue des essais contrôlés comparant des populations de femmes auxquelles un dépistage par mammographie est proposé ou non. La compétence scientifique et l'indépendance de l'institution danoise en charge de cette « Cochrane review » sont reconnues. (voir <http://www.cochrane.org/docs/descrip.htm>). La conclusion est la suivante : la mammographie de dépistage n'est pas justifiée [8].

En 2002, l'ANAES réaffirme cependant ses recommandations en faveur du dépistage par mammographie dans un rapport ayant pour objectifs « *de revoir la méta-analyse danoise et d'en discuter les conclusions en rappelant les recommandations françaises.* »[9].

En 2005, le journal européen du cancer proclame les méfaits du surdiagnostic consécutifs au dépistage [10] alors qu'en France, l'institut national du cancer instaure une « culture du dépistage » pour atteindre un taux de participation de 70 % sur le dépistage organisé du cancer du sein.

## Cancer du sein : Questions clés et conclusions des instituts nationaux du cancer

France	Etats-Unis
<p><b>Question clé :</b></p> <p>Comment améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accès au dépistage</li> <li>- la qualité des examens diagnostiques ?</li> </ul> <p><b>Conclusion :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>En instaurant une culture du dépistage</b></p>	<p><b>Question clé :</b></p> <p>Quels sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les avantages</li> <li>- les inconvénients</li> </ul> <p>du dépistage ?</p> <p><b>Conclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incertitude d'une réduction de mortalité</b></li> <li>• <b>Surdiagnostic</b></li> </ul>

Le contraste actuel entre les logiques des instituts nationaux du cancer en France et aux Etats-Unis est saisissant. En France, l'enjeu est pratique. Il concerne l'action : Comment faire le dépistage ? Aux Etats-Unis, il s'agit d'un enjeu de connaissance : Quels sont les avantages et les inconvénients du dépistage ?

Certes, les conditions de faisabilité des études ne sont pas les mêmes en France et aux Etats-Unis. Cependant, un objectif d'interrogation n'a pas de frontières, surtout lorsque les niveaux des preuves scientifiques sur lesquelles reposent les conclusions répondent aux exigences les plus élevées. Voici le résumé des faits observés mis en ligne par l'institut national du cancer des Etats-Unis.

*« C'est possible que le dépistage par mammographie, par examen clinique des seins ou les deux réduisent la mortalité par cancer du sein. L'existence de ce bénéfice est incertaine à cause de la variabilité de la qualité des faits observés et de contradictions entre études. Tout bénéfice absolu dépend de l'intensité de survenue du cancer et de l'espérance de vie chez les femmes dépistées. La mammographie de dépistage détecte des lésions non cancéreuses ainsi que des lésions in situ et des lésions invasives plus petites que celles détectées par d'autres moyens. Elle est associée à plus de tests diagnostics, plus de chirurgie, plus de radiothérapie et plus d'anxiété. Certains de ces cancers n'auraient jamais été perçus cliniquement si bien que leur diagnostic et leur traitement constituent un surdiagnostic et un surtraitement. (Niveaux de preuve : 1,2,3,4,5). La mammographie de dépistage peut plus facilement manquer des cancers chez les femmes aux seins denses, ainsi que les cancers à croissance rapide. (Niveaux de preuve 3, 4 et 5).*

**Niveaux de preuve:**

1. Faits observés issus d'essais contrôlés avec allocation aléatoire.
2. Faits observés issus d'essais contrôlés sans allocation aléatoire.
3. Faits observés issus d'une étude de cohorte ou d'une étude de cas et de témoins
4. Faits observés issus d'études écologiques et descriptives (par exemple, comparaisons internationales, tendances chronologiques)
5. Opinions d'autorités respectées, basées sur l'expérience clinique, des études descriptives et des rapports de comités d'experts. »

**Source :** <http://www.cancer.gov/templates/doc.aspx?viewid=b906d0d0-63ac-4d55-ac29-2ae992440adf&version=1>

## Ouvrages aux conclusions opposées

- B. Séradour :

**Le dépistage du cancer du sein. Un enjeu de santé publique**

Springer – 2003

- HG Welch :

**Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi.**

Presses de l'Université Laval – 2005

Deux ouvrages publiés en français concluent de manière opposée sur l'opportunité du dépistage. L'ouvrage coordonné par Brigitte Séradour est destiné à promouvoir un dépistage de qualité.

Par contre, l'ouvrage de Gilbert Welch démontre que les inconvénients du dépistage l'emportent sur les avantages. Sa préface, rédigée par William Dab, Directeur général de la santé jusqu'au printemps 2005, conclut en évoquant l'évolution indésirable de la médecine vers une nouvelle religion fondée sur l'illusion technique.

## La logique de croissance

Le business régit le monde de la santé :

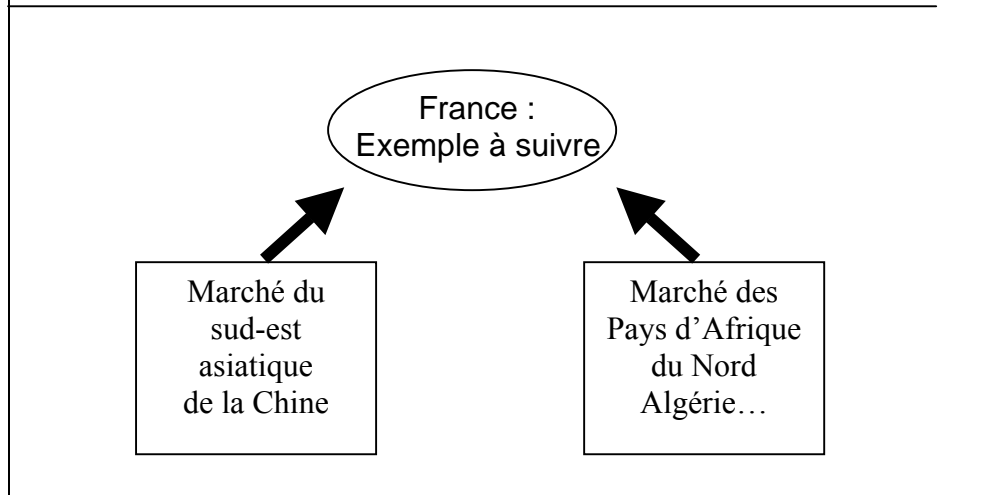
**plus de cas, plus d'actes = plus de moyens**

Bénéficiaires :

- Les épidémiologistes
- Les laboratoires
- Les chirurgiens
- Les oncologues
- Les radiologues

L'augmentation des cancers est perçue positivement par de nombreux professionnels. Une conversation récente avec un épidémiologiste m'a par exemple appris l'importance de cette augmentation pour le budget de fonctionnement d'un registre de tumeurs. Cette seule perception était évoquée comme un facteur réduisant l'intérêt d'un travail scientifique à propos du surdiagnostic par un registre pressenti. Je n'en croyais pas mes oreilles. Dès lors qu'on remonte la chaîne des acteurs impliqués dans l'investigation et les soins, l'avantage perçu d'un point de vue institutionnel va sans doute croissant.

## La logique économique (industrie)



La logique économique est actuellement un levier puissant, favorisant l'extension du dépistage. La situation actuelle de la France est exploitée comme un exemple pour introduire cette forme de lutte contre le cancer dans des pays économiquement émergents et très peuplés. Des colloques sur le dépistage dont le contenu ne ressemble pas toujours à celui-ci y sont organisés.

## **Le médecin, selon Hippocrate**

- Guérit les maladies curables
- Modifie, pour le bien des patients, le cours des maladies dont on ne guérit pas
- Discerne quand le mal est le plus fort (en se référant au professionnel de l'épidémiologie clinique)

Cette réflexion, je vous l'ai présentée aujourd'hui en tant que médecin.

Mais pas n'importe quel médecin. Celui qu'Hippocrate définit en précisant les trois compétences constitutives de son identité [11].

Une maladie curable à laquelle j'ai vraisemblablement échappé du fait de l'ajout d'iode dans le sel de cuisine, c'est par exemple un goître, une maladie particulièrement fréquente en Suisse autrefois. Quand on ne savait pas correctement d'où venait cette affection tumorale responsable d'une compression de la trachée et d'un retard mental, les traitements étaient peu efficaces.

Une maladie incurable où l'orthopédiste peut apporter des solutions bénéfiques, c'est par exemple l'arthrose de la hanche.

Au sujet de la troisième compétence, celle permettant de discerner lorsque le mal est le plus fort, Hippocrate explique avec ardeur la force de caractère, l'honnêteté et l'humilité qu'elle exige de la part du médecin. C'est à son propos qu'il donne la définition du professionnel de l'épidémiologie clinique auquel le médecin soignant se réfère pour acquérir ce discernement. L'accompagnement de malades vaincus par leur cancer métastatique inclut sans doute l'exigence de ce discernement pour éviter l'acharnement thérapeutique. Actuellement, le dépistage devient une forme d'acharnement contre le cancer.

## **Comment restaurer la cohérence entre faits observés et pratiques**

Réaction des médecins généralistes :

- Revue « Prescrire »
- Formations

Réaction citoyenne :

- Associations
- Presse

Depuis 1949, des publications explicites ont fait état du surdiagnostic.

En 1997, Welch et Black ont soulevé la question de la définition du cancer (« What a cancer is ? ») en analysant les études d'autopsie des années 80 où le nombre de tumeurs diagnostiquées comme des cancers excède de loin la fréquence connue des cancers évolutifs [12].

Depuis 2005, l'Institut national du cancer organise une campagne de sensibilisation sur le dépistage sans précédent. L'intensification des messages visant à instaurer une culture du dépistage constitue vraisemblablement un tremplin bien involontaire pour l'arrivée d'une mise en garde discordante.

Des médecins généralistes conscients du phénomène se mobilisent. En effet, la revue « Prescrire » et des associations de formation s'interrogent aujourd'hui sur la validité du dépistage.

Sans une réaction citoyenne répercutée par des mouvements associatifs et par la presse, il est peu probable que la restauration d'une cohérence entre les faits observés et la pratique s'instaure durablement. Les logiques institutionnelles sont trop rigides pour s'infléchir indépendamment des pressions externes, relayées par la population.

## Conclusion

La mode actuelle de la priorité à l'action :

« **primum agere** »

entre en conflit avec le principe fondamental  
de l'exercice de la médecine :

« **primum nil nocere** »

La mode actuelle du « d'abord agir » reflète une relation de dépendance du médecin vis-à-vis du consommateur de biens de santé. La peur du cancer suscite une demande de soins inconditionnelle et une volonté d'agir vite, voire de s'acharner contre la maladie.

L'inquiétude provoquée par l'apparition d'une tumeur nécessite un accompagnement médical, une observation non invasive. Les résultats les plus fiables de l'évaluation épidémiologique des soins montrent qu'un diagnostic histologique précoce n'est pas justifié. Son défaut de spécificité fait courir le risque inutile du surdiagnostic et du surtraitement. Il crée l'illusion de l'efficacité des traitements.

Actuellement, une définition spécifique du cancer requière d'observer l'évolution de la maladie dans le temps chez un même patient. L'amélioration de la spécificité de la définition du cancer ne peut que favoriser la qualité des soins et les progrès dans la connaissance des facteurs intervenant dans la genèse du cancer. Cette connaissance est nécessaire au développement de traitements efficaces.

L'exemple du courage impliqué par le « primum nil nocere » n'est pas souvent transmis au cours de la formation médicale.

Rares sont les professionnels de santé qui ont choisi de réorienter leur carrière pour sauvegarder la cohérence de leur identité médicale avec celle définie par Hippocrate, sans omettre de discerner quand le mal est le plus fort.

Plusieurs oncologues s'interrogent sur la pertinence des pratiques en vigueur et m'ont fait part des contradictions qu'ils vivent actuellement. Je les perçois comme autant de ferments dans la recherche d'authenticité et d'engagement que la société est en droit d'attendre du corps médical.

## Références

1. Welch HG. Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi. Presses de l'Université Laval. 2005.
2. Philip Th. Le dépistage du cancer du sein en France : bilan et limites. Discussion. Réponse à Bernard Junod. Bull. Acad. Natle Méd, 2005, 189, n°2, 338-9.
3. Sone S, Takashima S, Li F et al. Mass screening for lung cancer with mobile spiral computed tomography scanner. Lancet 1998, 331 (9111):1242-5
4. Junod B, Massé R. Dépistage du cancer du sein et médicalisation de la santé publique. Santé publique 2003, 15 : 125-129
5. Du diagnostic et de la curabilité du cancer. Bull. Academ. Méd. 1854-5. 20, 21-44.
6. Lerner B. The Breast Cancer Wars. Oxford University Press. 2003.
7. Gros Ch. Les Maladies du sein. Masson. Paris. 1963.
8. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable ? Lancet 2000, 355, 129-134.
9. Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzsche et Olsen. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Paris. 2002.
10. Welch HG. Search and destroy. The right cancer strategy for Europeans? European Journal of Cancer 41 (5):660-663.
11. Hippocrate L'art de la médecine. Flammarion. Paris. 1999.
12. Welch HG, Black WC. Using autopsy series to estimate the disease « Reservoir » for ductal carcinoma in situ of the breast : How much more breast cancer can we find ? Ann. Intern. Med. 1997, 127, 1023-1028.