

# Le dépistage systématique du cancer est-il vraiment utile ?

par le Dr Makoto Kondô

Diplômé de la faculté de médecine de l'Université Keiô,

L'auteur est maître de conférence en cardiologie.

L'article que nous vous présentons ici concerne le Japon où, comme on le découvrira, la politique du dépistage du cancer est systématique'. La situation en France est différente mais il nous a paru intéressant de publier les réflexions du docteur Kondô, à l'heure où la mammographie, pour le dépistage du cancer du sein, est encouragée à l'échelon national. Ce n'est certes pas notre propos de déconseiller cet examen - et, pour ce cas précis, l'article souligne l'exception japonaise - ; il nous semble simplement que la position de l'auteur est une contribution originale au débat sur la politique de lutte contre le cancer, et que certaines tares du système médical japonais qu'il met en évidence (l'aspect mercantile notamment) ne sont sans doute pas totalement absentes de notre propre système.

Au Japon, le dépistage anticancéreux est devenu une véritable obsession. Chaque année, villes et villages organisent des campagnes de dépistage des cancers du poumon, de l'estomac, du côlon, du sein et de l'utérus. En 1990, par exemple, au cours d'opérations de médecine préventive menées par les autorités municipales, quelque 5,3 millions de personnes ont subi des tests de dépistage pulmonaire et 4 millions des tests de dépistage gastrique. Ces tests font aussi partie Intégrante du *check-up* auquel est régulièrement soumis le personnel des entreprises et du bilan des sujets qui sollicitent un examen somatique complet. Aucun autre pays au monde ne les pratique avec autant de régularité. Si les nations industrielles occidentales encouragent, le dépistage précoce des cancers mammaires et utérins, elles ne font en revanche pratiquement rien pour les cancers pulmonaires, gastriques et coliques. Pourquoi ces tests sont-ils aussi répandus au Japon ? Et, surtout, sont-ils vraiment efficaces ?

## Des effets secondaires psychologiques et somatiques

Avant d'aller plus loin, je voudrais préciser que mon propos ne concerne ni l'exploration des cas de cancer déjà diagnostiqués ni celle des patients présentant une symptomatologie cancéreuse. Je n'évoquerai ici que les tests qui s'adressent à des sujets présumés sains, comme les radiographies de dépistage ou les frottis vaginaux. En effet, quelle que soit son efficacité, cette pratique comporte, comme tout acte médical, un risque d'effets secondaires néfastes. Ainsi, l'examen radioscopique de l'estomac et des intestins, qui suppose l'ingestion d'une solution de sulfate de baryum, risque de déclencher une constipation, voire, plus rarement, une occlusion intestinale qui peut entraîner le décès du patient. De même, la pratique d'une mammographie, qui permet de visualiser la présence d'une tumeur du sein, est un examen relativement pénible, souvent mal vécu par la patiente. Les rayons X ont en outre un potentiel cancérogène, et l'on estime que, chaque année, les radiographies gastriques sont la cause directe de deux cents cas de leucémies ou d'autres formes de cancer.

Les effets psychologiques de ces tests ne sont pas, eux non plus, négligeables. Nul n'apprécie d'avoir à effectuer un prélèvement de selles pour un examen coprologique du contenu Intestinal, et devoir aller soi-même le remettre au laboratoire constitue une expérience plus embarrassante encore. Dans le cas des femmes, les humiliations sont multiples. Elles doivent se présenter nues devant le personnel médical, et accepter de se faire palper les seins par un Inconnu. L'examen de l'utérus, qui contraint la patiente à exhiber son anatomie intime, est encore plus déplaisant.

Le prix à payer est encore plus lourd quand la découverte d'une anomalie conduit à effectuer des examens plus approfondis. Il n'est pas rare que les sujets âgés soient victimes de fractures osseuses provoquées par une chute de la table d'examen, voire par la pression exercée au cours d'une radioscopie gastrique. Les patients soumis à une exploration du gros intestin - côlon ou rectum - ont inévitablement le sentiment de voir leur dignité offensée. C'est en effet par l'anus que s'effectue l'introduction du tube de lavement baryté et celle de l'endoscope qui permet l'inspection de la paroi intestinale. L'introduction d'un endoscope - dans l'intestin, l'estomac ou les poumons - est un geste douloureux, susceptible de provoquer des hémorragies et parfois une déchirure ou une rupture de la paroi viscérale. Et, aussi incroyable que cela puisse paraître, on a même enregistré, au cours d'une endoscopie, des cas d'explosion des gaz intestinaux. L'endoscopie colo-rectale est l'exploration la plus douloureuse, ce qui explique qu'il faille la pratiquer sous anesthésie générale. Or, il faut savoir que les anesthésiques sont parfois cause de décès.

## Les aléas du dépistage

Quel est le degré de fiabilité de ces tests ? Un paramètre souvent utilisé pour le déterminer est le rapport du nombre de cas de cancer détectés à la somme des cas détectés et des cas méconnus. Un cas méconnu se définit généralement par la découverte d'un cancer d'un type donné moins d'un an après que le sujet ait fait l'objet d'une recherche spécifique qui s'était avérée négative. D'après les rapports publiés par les établissements hospitaliers, on estime que le pourcentage moyen d'erreurs est d'environ 10 % pour les cancers gastriques, 20 % pour les cancers colo-rectaux et 30 % pour les cancers pulmonaires. A vrai dire, les chiffres varient considérablement d'une publication à l'autre, notamment pour les cancers gastriques où ils s'échelonnent entre 3 et 35 %. Mais les pourcentages réels de cas méconnus doivent être encore plus élevés, étant donné que les seules données publiées sont issues d'établissements réputés.

A l'inverse, certains cas de cancer sont diagnostiqués à tort. Radiologue de formation, J'ai la réputation de circonscrire la chirurgie du sein au minimum, ce qui m'amène souvent à m'occuper de patientes venues d'autres hôpitaux après avoir appris qu'elles devaient subir une mammectomie totale unilatérale ou bilatérale. Au cours du dernier semestre, sur les trente cas où J'ai procédé à un réexamen histologique des échantillons biopsiques, trois tumeurs se sont avérées bénignes. Cette série ne constitue certes pas un échantillon suffisant pour qu'on en tire des conclusions statistiques, mais elle permet néanmoins d'estimer à 10 % le

pourcentage d'erreurs de diagnostic. Comme, il y a deux ans, on a diagnostiqué au Japon environ 23 000 nouveaux cas de cancer du sein, il est possible que cette année-là 2 000 patientes aient fait les frais d'une mastectomie, totale ou partielle, injustifiée.

Les erreurs de diagnostic ne se limitent pas aux cancers du sein. Elles concernent tous les organes et tous les médecins, même si le risque d'erreur se réduit en fonction de leur degré de compétence. L'analyse anatomopathologique d'un prélèvement tissulaire, qui permet d'en déterminer le caractère bénin ou malin, constitue l'étape capitale du diagnostic. C'est là que le bât blesse au Japon. Les anatomopathologistes incompetents y sont légion, quelle que soit l'importance des établissements. Même les plus grands centres spécialisés dans ce type d'examen commettent parfois des erreurs.

### **Des pratiques abusives**

Un examen en profondeur peut avoir de sérieuses répercussions psychologiques et laisser des séquelles, même si aucune anomalie n'est découverte. Annoncer par exemple à un patient qu'il souffre de gastrite, ou à une patiente qu'elle présente une mastite, c'est courir le risque de provoquer chez ces personnes une maladie psychosomatique. Pour le profane, ces diagnostics ont des consonances inquiétantes. Or, il faut savoir que l'appellation gastrite n'est qu'un terme ronflant ne désignant, ailleurs que chez le nourrisson, qu'une réaction normale aux aliments ou à l'acide gastrique, et qu'une mastite peut être une réaction hormonale normale chez une femme en parfaite santé. Ce jargon permet aux médecins de garder la mainmise sur leurs patients. Dire à ces derniers qu'ils ne souffrent d'aucun trouble serait prendre le risque de ne plus les voir revenir consulter. En s'exprimant dans un langage codé, les médecins finissent par les persuader que leur état nécessite des examens complémentaires. Le nombre d'individus soumis à une série complète de tests dépend de l'organe visé. Sur 1000 bilans effectués, il est généralement de 10 pour les cancers utérins, de 20 à 40 pour les cancers pulmonaires, colo-rectaux et mammaires, et de 150 pour les cancers gastriques. Et pourtant, sur ces 1000 bilans, le nombre de cas de cancer découverts, tous organes confondus, ne dépasse pas l'unité. Autrement dit, cela signifie que 999 personnes sur 1 000 subissent un examen inutile et que de 9 à 149 sont soumises à toute une série de tests superflus.

Il arrive en outre que les candidats aux tests de dépistage soient traités comme des marchandises. Quand un établissement médical connaît une période de ralentissement, le nombre de patients priés de revenir subir des tests complémentaires s'accroît et, au contraire, quand les affaires reprennent, il diminue. On m'a cité le cas d'une interne qui avait atteint un tel degré de compétence et de précision dans la lecture des radiographies de l'estomac qu'elle a fini par en perdre son poste. Ayant réduit la fréquence des explorations complexes au point de faire décliner les profits de son employeur, elle a en effet été mutée dans un autre service. Il ne s'agit peut-être là que d'un cas particulier ne concernant qu'un centre médical bien précis, mais c'est néanmoins un exemple très représentatif de l'univers de la médecine.

Compte tenu de la masse d'efforts investie dans la détection précoce, on pourrait penser que le traitement d'un cancer débutant est relativement simple, mais ce n'est hélas pas le cas. Même à ce stade, certains patients décèdent en cours d'intervention, ou doivent subir l'ablation de l'utérus, l'amputation d'un sein, la résection de la majeure partie de l'estomac ou, en cas de cancer du rectum, une colostomie et la mise en place d'un anus artificiel.

### **Le pour et le contre**

En dépit des aléas de la prospection systématique du cancer, les pouvoirs publics ont jugé qu'elle méritait leur soutien. Les programmes municipaux de détection précoce des cancers pulmonaires, gastriques, mammaires et utérins, sont subventionnés selon un plan défini par la Loi de 1983 sur la santé des personnes âgées. A la liste des tests pratiqués dans le cadre de ce plan, on a récemment ajouté la recherche de sang dans les selles pour détecter les cancers colo-rectaux. Cette décision a été motivée par un rapport publié, sous l'égide du ministère de la Santé et des Affaires sociales, par un groupe de chercheurs qui estimaient que l'adjonction de ce test permettrait de réduire de moitié l'incidence des décès par cancer colo-rectal. Ils étaient parvenus à cette conclusion après avoir étudié le taux de mortalité chez deux groupes de sujets, l'un ayant subi ce test et l'autre non. Mais on peut s'interroger sur la fiabilité de cette enquête.

Les chercheurs occidentaux ne sont pas partisans du dépistage à grande échelle des cancers colo-rectaux, car leurs études statistiques, contrôlées et randomisées, n'en prouvent pas l'efficacité en termes de mortalité. Comme c'est la règle en recherche médicale, ils répartissent l'échantillon de population étudié en deux groupes d'individus : l'un subit des tests de dépistage et l'autre - dit «groupe témoin» - non. Les deux groupes sont ensuite suivis et comparés afin de déterminer si la pratique de ces tests de dépistage réduit ou non le taux de mortalité. Des études de ce type sont actuellement menées dans plusieurs pays occidentaux et portent sur des échantillons de population très importants. L'une d'elles suit 140 000 sujets, une autre 60 000. Les résultats enregistrés à ce jour concluent à l'inutilité des tests de prospection systématique. C'est aussi la position de l'Union internationale contre le cancer, qui affirme que le dépistage des cancers et états précancéreux colo-rectaux ne mérite pas d'être inclus dans les programmes de santé publique.

Le dépistage des cancers colo-rectaux serait-il plus efficace au Japon que dans les autres pays ? Ne serait-ce pas plutôt que les chercheurs, dans un camp comme dans l'autre, ont abouti à des conclusions erronées ? L'étude du protocole de l'enquête japonaise révèle qu'elle ne portait que sur un groupe de cinquante-sept sujets déjà décédés et qu'elle avait simplement consisté à vérifier s'ils avaient été antérieurement soumis à des tests de dépistage. Bien évidemment, cette méthodologie est loin d'être aussi concluante que le suivi de centaines d'individus sains, et les enquêteurs eux-mêmes en conviennent. Le directeur de cette étude a avoué qu'il était trop tôt pour conclure à l'efficacité des tests sur les seuls résultats de cette enquête. Comme il l'a expliqué, l'analyse de petits échantillonnages comporte un risque d'erreurs statistiques beaucoup plus important que les études à grande échelle.

Le ministère de la Santé s'est donc vraisemblablement engagé dans une mauvaise voie en fondant sur des critères par trop fragiles sa décision d'entreprendre des tests de dépistage systématiques. D'autant plus qu'il est extrêmement difficile d'interrompre un programme de ce genre après son lancement. Cette erreur du gouvernement aura pour conséquence de soumettre des millions de Japonais à des tests inutiles grevés de multiples aléas.

### **Tous les tests sont-ils vains ?**

Le dépistage précoce des cancers pulmonaires donne des résultats tout aussi décevants. Les dernières études occidentales à grande échelle contredisent les conclusions initiales. Un essai statistique réalisé aux Etats-Unis par la Mayo Clinic a notamment révélé que le taux de mortalité enregistré chez les gros fumeurs ne baisse pas, même si l'on pratique une radiographie thoracique tous les quatre mois. Néanmoins, le Japon continue

d'avaliser ces dépistages radiographiques, en s'appuyant sur un rapport publié par un autre groupe de recherche. Cependant, étant donné que, là encore, la méthodologie se basait sur l'examen des dossiers de sujets déjà décédés, les résultats de cette enquête sont aussi suspects que ceux de l'étude sur les cancers colo-rectaux.

Un des membres de ce groupe de recherche a affirmé dans une revue japonaise que le dépistage était efficace et que l'on estimait qu'il réduisait de 25 % le taux de mortalité des cancers du poumon. Or, dans une revue médicale étrangère, le groupe s'est montré beaucoup plus prudent dans ses conclusions, se bornant à dire que les résultats enregistrés sur le dépistage des cancers du poumon laissent entrevoir un certain bénéfice en termes de mortalité, mais devaient faire l'objet d'études plus approfondies. De plus, il reconnaissait les lacunes de la méthodologie employée et admettait que la technique occidentale des essais contrôlés et randomisés était préférable.

Qu'en est-il des cancers gastriques et utérins ? On constate là aussi que l'efficacité du dépistage reste douteuse et qu'elle doit être confirmée par d'autres travaux. Non seulement on a recours à la même méthodologie discutable, mais les chercheurs ne prennent même pas en considération l'impact de l'évolution du mode de vie sur la fréquence des cancers. Or, ce dernier joue ici un rôle primordial. La principale cause des cancers gastriques au Japon réside en effet dans les habitudes alimentaires de la population, et l'on sait que certains virus constituent un facteur favorisant ou déclenchant des cancer utérins. Etant donné que notre alimentation s'est nettement occidentalisée et que l'usage de préservatifs s'est répandu, l'incidence des cancers gastriques et utérins devait donc logiquement baisser, indépendamment de la pratique des tests de dépistage. Pour prouver l'efficacité du dépistage, les chercheurs auraient dû démontrer qu'en termes de risque cancérigène, les sujets soumis à des tests n'avaient pas une meilleure hygiène de vie que ceux qui n'en avaient pas subi. Ce que, bien entendu, ils n'ont pas fait.

### **Le cas des cancers du sein**

Le cas des cancers du sein est différent. Le groupe de recherche chargé par le ministère de la Santé d'étudier les cancers du sein a déjà admis que la technique de dépistage actuellement subventionnée par le gouvernement (la palpation des seins à la recherche de nodules) ne réduisait pas sensiblement les taux de mortalité ; il n'a pas proposé pour autant d'interrompre les opérations de dépistage, et s'est contenté de préconiser le redéploiement des crédits sur la mammographie, technique en faveur dans les pays occidentaux.

On peut apprécier là toute l'ambiguïté de l'attitude du gouvernement japonais vis-à-vis des données qu'il utilise. Les autorités citent les résultats d'études occidentales pour justifier l'introduction de la mammographie dans le dépistage des cancers du sein, mais récusent celles qui portent sur les cancers colo-rectaux et pulmonaires. C'est d'autant plus étrange que la mammographie représente précisément l'un des domaines où les résultats enregistrés dans les pays occidentaux ne peuvent s'appliquer à la population japonaise. Les Japonaises ont en effet des seins de taille plus modeste que ceux des Occidentales, et l'on sait que la mammographie ne constitue pas toujours la meilleure technique d'exploration des petites poitrines. L'autopalpation devrait normalement suffire à la détection précoce du cancer. Par ailleurs, la fréquence des cancers du sein étant cinq fois moindre au Japon que dans les pays occidentaux, le dépistage mammographique ne peut offrir qu'un bénéfice proportionnel.

La mammographie se greève en outre d'un risque cancérigène du fait des radiations auxquelles elle expose le sujet. Avant de lancer une campagne officielle de dépistage mammographique, il faudrait donc prouver que cette technique ne tuera pas plus de femmes qu'elle n'en sauvera. Tâche hélas impossible, vu la méthodologie et les critères d'évaluation adoptés par le gouvernement. Même en l'absence d'une enquête rigoureuse et dûment conçue sur la question, une chose est certaine: l'incidence des cancers du sein étant cinq fois moindre au Japon que dans les pays occidentaux - et le risque cancérigène des rayons X restant strictement le même -, le fait d'exposer les Japonaises à ces radiations majorera leur risque initial de cancer d'un taux cinq fois supérieur à celui que l'on enregistre en Occident.

### **Trois conditions préalables**

En théorie, le dépistage ne se justifie que s'il s'adresse à un type de cancer réunissant trois caractéristiques. Il doit:

- 1 - se développer assez rapidement,
- 2- avoir une évolution inéluctablement fatale au-delà d'un certain stade,
- 3- être curable en cas de détection précoce. Si l'un de ces trois critères fait défaut, le dépistage s'avère sans intérêt. Voyons ce qu'il en est des divers types de cancer concernés.

Pour ce qui est du premier point, on sait que certaines tumeurs ont une évolution extrêmement lente. On dispose à cet égard d'études sur l'évolution de cancers gastriques diagnostiqués au stade précoce, l'intervention chirurgicale ayant été refusée par le patient ou interdite par la fragilité de son état général. Mais reste à savoir dans quelle mesure ce genre d'analyse pourrait être généralisé. Mieux vaut donc s'intéresser aux enquêtes portant sur l'époque où la cancérologie était une discipline naissante.

L'étude de quinze cas de cancer gastrique indique que le temps de doublement du nombre de cellules cancéreuses varie entre 500 et 3 000 jours, ce qui place ce type de cancer dans la catégorie des tumeurs d'évolution lente. L'évolution des cancers coliques est, quant à elle, encore plus lente, avec un temps de doublement pouvant aller jusqu'à 125 mois.

Les cancers d'évolution lente tuent-ils leurs victimes ? Il faut savoir que la tumeur primitive doit avoir à peu près dix fois doublé avant d'atteindre la phase mortelle. (Comme il s'agit d'une progression géométrique, cela signifie qu'à ce stade, le nombre de cellules se trouve approximativement multiplié par 1000 et le diamètre de la tumeur par dix.) On peut donc en conclure qu'un cancer d'évolution lente a peu de chances d'être la cause du décès, du moins en ce qui concerne les sujets du troisième âge.

Certaines formes de cancer ne sont pas fatales. Entrent dans cette catégorie les cancers latents qui ne sont découverts qu'en cas d'autopsie. Tout cancer latent n'entraînant pas le décès doit être considéré comme bénin, quelle que soit la taille de la tumeur. Les autopsies révèlent que la fréquence des cancers latents est loin d'être négligeable. A titre d'exemple, celle des cancers thyroïdiens

atteint 10 % - voire 24 % - au sein de la population hawaïenne d'origine japonaise. On estime que le pourcentage d'hommes atteints d'un cancer de la prostate est de 35 % à partir de 50 ans et de plus de 40 % après quatre-vingts ans. Les cancers gastriques et colo-rectaux n'ont apparemment pas fait l'objet d'études post-mortem ; en revanche, une étude danoise sur les cancers du sein fait état d'une fréquence de 25 %.

A ce propos, je tiens à signaler qu'en cas de découverte d'une tumeur dans l'un des seins, certains médecins préconisent la mammectomie bilatérale à titre préventif. Pour justifier leur position, ils invoquent les résultats de certaines études, d'après lesquels le risque de découverte d'un cancer latent dans le sein contro-latéral serait de 50 %. Mais les résultats des études autopsiques sont tout autres. Ils montrent que même chez les femmes décédées d'un cancer du sein - donc en phase ultime d'évolution -, la présence d'un cancer latent dans l'autre sein ne se voit que dans 23 % des cas.

### **Les cancers infantiles**

Venons-en aux cancers spontanément résolutifs, où le problème essentiel est celui du dépistage chez le nourrisson. Des études post-mortem effectuées sur des enfants décédés de causes extra-cancéreuses ont fait apparaître de nombreux cas de neuroblastome, tumeur formée de cellules ganglionnaires embryonnaires et considérée comme maligne. Or, il est rare de diagnostiquer un neuroblastome chez un enfant bien portant. Il s'agit donc d'une forme de cancer qui peut apparaître à un stade précoce de l'existence et disparaître d'elle-même sans engendrer le moindre trouble. Le Japon s'est néanmoins activement lancé dans le dépistage des neuroblastomes infantiles par analyse d'urines. De nombreux cas ont été ainsi diagnostiqués, et, bien qu'il s'agisse d'une affection spontanément résolutive, les nourrissons concernés risquent d'être soumis à un traitement anticancéreux et de subir une intervention chirurgicale abdominale. Le Japon est le seul pays au monde où une campagne de dépistage des cancers du nourrisson ait été entreprise à l'échelle nationale. Les pays occidentaux, eux, s'y opposent, en attendant que les études expérimentales en cours aient prouvé l'efficacité de ces dépistages.

### **Une détection précoce est-elle déjà trop tardive**

Je n'ai jusqu'à présent abordé que les aspects négatifs du dépistage, mais il peut s'avérer utile dans le cas des cancers d'évolution rapide. Certains, bien sûr, évoluent à une cadence telle que, si l'on se borne à l'ordinaire bilan annuel, il est rare qu'on puisse les mettre en évidence avant qu'il ne soit trop tard. Les symptômes n'apparaissent souvent qu'entre deux examens de dépistage, ce qui explique en partie le pourcentage de cas méconnus que j'évoquais ci-dessus. Toujours est-il que les cancers à croissance accélérée ne s'accompagnent pas toujours d'une prolifération rapide de métastases (extension à distance de la tumeur primitive) et ne sont donc pas inéluctablement mortels s'ils sont traités immédiatement. L'essentiel est de détecter le cancer le plus tôt possible grâce au dépistage ou à la découverte de symptômes d'alerte. Même si l'on vient de subir un test de dépistage, la découverte du moindre signe anormal doit conduire le patient à se soumettre à un nouvel examen dans les plus brefs délais.

Autrement dit, la stricte négativité d'un bilan de dépistage ne doit pas le rassurer au point qu'il cesse d'être vigilant à l'apparition d'éventuels symptômes.

Le deuxième critère d'efficacité des tests de dépistage est qu'ils s'adressent à des cancers mortels en cas de dissémination. J'illustrerai ce point de quelques données statistiques sur les taux de survie à des cas de cancer n'ayant pas fait l'objet de tests de dépistage, donc découverts après l'apparition de symptômes.

Pour les cancers pulmonaires, l'étude de la Mayo Clinic précédemment citée indique que 15 % des patients non testés ont survécu pendant au moins cinq ans. Pour les cancers gastriques, une autre source fait état d'un taux de survie de 50 % après cinq ans, et de 43 % après dix ans. En ce qui concerne les cancers colo-rectaux, utérins et mammaires, les taux de survie sont encore plus élevés. Une étude sur les cancers du sein révèle par exemple un taux de survie de 78 % après dix ans. Pour tous ces survivants, on peut dire qu'aller périodiquement subir des examens de dépistage aurait été vain.

Qu'en est-il du troisième critère d'efficacité, la curabilité du cancer en cas de découverte précoce ? Après le décès d'un patient, on entend souvent dire qu'il aurait pu être sauvé si son cancer avait été découvert plus tôt. Est-ce vraiment le cas ? Il est bien évident qu'on ne peut se livrer là qu'à des conjectures. Une fois le patient mort, il n'y a aucun moyen de prouver qu'une détection précoce de la tumeur aurait changé quoi que ce soit. Dans la plupart des cas, le décès est dû à la formation de métastases. Pour le prévenir, il faut donc découvrir et traiter le cancer avant sa dissémination. La vraie question est donc de savoir quand apparaissent les métastases.

### **Le problème des métastases**

Les techniques actuelles de dépistage ne permettent généralement pas de déceler une tumeur d'une taille inférieure à un centimètre. Le malheur est que, même à ce stade, beaucoup de tumeurs malignes se mettent à disséminer, voire l'ont déjà fait depuis quelque temps.

Une importante découverte a été faite en ce qui concerne les métastases du cancer du sein. L'étude d'un groupe de femmes qui n'avaient subi qu'une mammectomie partielle a permis de constater qu'en cas de récurrence in situ, la tumeur ne métastasait pas quelle que soit son étendue. Il semblerait que les cancers à dissémination tardive - du sein comme de tout autre organe perdent leur potentiel métastatique après exérèse de la tumeur primitive. Dans ce cas, les phénomènes de récurrence cancéreuse pourraient ne pas s'accompagner de métastases même à un stade avancé. Le problème des métastases ne constituerait ainsi une véritable menace que dans les cancers où elles apparaissent virtuellement en début de maladie; qui plus est, cela signifierait que la date du début du traitement n'est pas une question cruciale. La détection d'un cancer à dissémination rapide, aussi précoce soit-elle, serait donc toujours trop tardive ; en revanche, un léger retard pris dans le traitement des cancers à potentiel métastatique lent ne serait pas un facteur aggravant déterminant. (Précisons toutefois que le traitement chimiothérapique des leucémies et des cancers de l'enfant doit toujours être entrepris aussi tôt que possible.)

En résumé, je dirai que, quel que soit son stade - précoce ou déjà avancé -, un cancer a de fortes chances de ne pas présenter l'un des trois critères mentionnés, ce qui réduit considérablement l'intérêt théorique d'un examen de dépistage annuel qui permettrait de le déceler et d'anticiper le traitement. Même si le patient est vu en début de maladie, il arrive qu'il soit déjà condamné. En outre, si

le traitement parvient à éradiquer un cancer en phase initiale, ce succès peut être dû au fait qu'il ne s'agissait que d'une tumeur d'évolution lente ou relativement bénigne. Auquel cas le patient risquerait d'avoir inutilement subi l'ablation d'un organe.

### **Un essor trop précipité**

D'autres aléas grèvent l'efficacité des tests de dépistage. L'un d'entre eux est la fragilité humaine. Il n'est pas rare de voir les souffrances infligées par la recherche et l'exploration du cancer, puis l'ablation d'un organe, miner la résistance d'un malade au point qu'il finit par mourir aussi vite que s'il n'y avait pas eu traitement. Le décès survient parfois même encore plus tôt, notamment en cas de complications chirurgicales.

Un autre aléa est la survenue d'éventuelles pathologies intercurrentes. Prenons le cas d'un patient traité avec succès et qui meurt, non de son cancer, mais victime d'un quelconque accident, une crise cardiaque ou une attaque, d'apoplexie, par exemple. La question se pose alors de savoir si l'on a vraiment prolongé son espérance de vie en intervenant sur le cancer. Au Japon, le cancer n'est responsable que de 25 % de la mortalité globale. La plupart des décès étant dus à d'autres causes, les sujets atteints de cancer ont donc de fortes chances de mourir de tout autre chose, même si celui-ci n'est pas traité. Plus un cancer débute tard dans la vie et moins il est susceptible d'être la cause de la mort.

Avant d'inclure un acte médical coûteux et pénible dans un programme de santé publique, il faut s'assurer que cela en vaut la peine. En matière de dépistage anticancéreux, cela signifie qu'il faut clairement établir que les tests pratiqués réduisent le taux de mortalité. Or, j'ai déjà dit que les autorités médicales japonaises n'avaient rien fait de la sorte. Pourquoi alors multiplier sans cesse le nombre de tests ? Si l'on se réfère à l'histoire, la grande impulsion donnée à ce mouvement est venue des cliniciens, dont l'enthousiasme a incité le gouvernement à lancer de grandes campagnes avant même que soit prouvée l'efficacité de ces tests prospectifs. Et quand commencèrent à parvenir de l'Occident des informations selon lesquelles la validité des tests de dépistage devait être vérifiée par des études comparatives impliquant le suivi de groupes témoins, le point de non-retour était déjà franchi. Interrompre les opérations de dépistage se serait traduit par trop de mises au chômage.

Les premiers tests adoptés s'adressaient aux cancers gastriques et utérins. Vint ensuite le dépistage des cancers du sein et du poumon, puis, récemment, celui des cancers colo-rectaux. A cause de cette prolifération, il est difficile de revenir en arrière. Rejeter l'un de ces tests pour cause d'inefficacité risquerait de faire douter de la validité des autres, et la responsabilité des autorités concernées pourrait être mise en cause. C'est pour cette raison que l'on persiste à voir d'un oeil favorable la sortie de nouveaux tests.

Dans ce contexte, l'irresponsabilité des nombreux médecins qui continuent d'avaliser la pratique des dépistages anticancéreux est tout aussi consternante. Ils s'opposent unanimement à toute tentative d'enquête sérieuse faisant appel à des groupes témoins, prétendant qu'on ne peut refuser l'accès aux tests de dépistage à une personne d'âge mûr ou du troisième âge, étant donné que ce droit est inscrit dans la loi sanitaire de 1983. C'est peut-être vrai, mais ce sont ces mêmes médecins qui ont lancé la grande vogue du dépistage et veillé à ce qu'il devienne un droit légal.

### **Les spécialistes ne sont pas Infaillibles**

Il n'y a aucune raison d'inclure le dépistage dans le système d'assurance maladie, mais tout le monde est libre d'effectuer des tests à ses frais. Toutefois, auprès de qui se renseigner ? Il y a tant de médecins qui vivent du dépistage anticancéreux qu'il est inutile d'aller leur demander conseil. Mieux vaut finalement être soi-même attentif à son corps.

A titre d'exemple, J'évoquerai ma propre attitude. Je n'ai jusqu'à présent sollicité aucun test de dépistage ni *check-up*, et je ne compte pas en effectuer à l'avenir. Mon père est décédé d'un cancer colo-rectal, mais je n'ai pas pour autant subi les tests de dépistage spécifiques. Sans doute mon organisme me prédispose-t-il à ce genre de cancer, mais, le cas échéant, il y a des chances qu'il soit d'évolution lente. Je ne tiens pas à m'exposer aux désagréments qu'entraînerait la découverte d'un polype gastrique ou intestinal. Même s'il devait se révéler aussi bénin que les banales verrues que l'on voit apparaître chez les personnes âgées, l'impact psychologique serait considérable.

Par ailleurs, je ne fais aucune confiance aux anatomopathologistes. Une revue médicale tenait une rubrique où quelques-uns d'entre eux décrivaient leur méthode de diagnostic des cancers colo-rectaux en stade précoce. Il ressortait de cette lecture que, si deux spécialistes examinaient le même échantillon tissulaire, l'un pouvait fort bien diagnostiquer une tumeur bénigne, et l'autre un cancer. Je ne voudrais pas d'une intervention chirurgicale qui serait fondée sur des critères aussi aléatoires.

Au Japon, il est fréquent qu'une tumeur soit jugée maligne dans un hôpital donné et fasse l'objet d'une intervention qui risque de priver le malade de son côlon, alors qu'elle serait considérée comme bénigne dans un autre. En outre, les critères diagnostiques varient selon les pays. Certaines tumeurs épithéliales sont diagnostiquées «cancer gastrique en stade précoce» au Japon et «dysplasie épithéliale bénigne» aux Etats-Unis. En outre, les diagnostics peuvent changer au cours du temps. Certaines affections utérines, naguère considérées comme des cancers en stade précoce et traitées comme tels, ont été récemment reclassées «dysplasies épithéliales» ou «inflammations chroniques». Ce que l'on tient pour malin aujourd'hui peut donc fort bien être jugé bénin demain. Les diagnostics et leurs critères dépendent largement des convictions et des décisions des médecins concernés. Dans un tel contexte, il est essentiel que les patients puissent aussi exprimer leur point de vue.

### **Quelques précautions à prendre**

Quelle serait mon attitude si J'étais une femme ? Si J'avais de multiples partenaires sexuels, ou si mon partenaire couchait avec d'autres femmes, sans doute ferais-je des frottis vaginaux. Mais je ne solliciterais pas d'examen de dépistage du cancer du sein, préférant me fier à la qualité de mon propre examen. Si je présentais des symptômes inquiétants - un saignement vaginal anormal, par exemple - ou découvrais la présence d'un nodule dans un sein, je me rendrais à l'hôpital.

Il est également prudent d'aller consulter en cas d'apparition de la moindre anomalie de type gastrique, intestinal ou pulmonaire. En l'absence de symptômes, un patient croira difficilement un médecin qui lui annonce qu'il a un cancer qui, du reste, peut avoir une évolution lente et ne pas être forcément mortel. En revanche, face à un tableau clinique évident, l'attitude du patient sera radicalement différente. Il se soumettra plus facilement aux exigences médicales s'il se dit que le cancer va progresser en l'absence de traitement.

Si vous avez décidé de ne pas pratiquer de bilans réguliers, quelle décision devrez-vous prendre si on vous annonce un jour que vous êtes atteint de cancer ? Mon conseil serait de recourir à des gestes relativement simples et indolores - notamment au traitement par laser en cas de cancer gastrique - ou d'attendre quelque temps pour voir si les symptômes s'aggravent. Autrement dit, qu'il s'agisse d'un cancer gastrique ou colo-rectal, et quel que soit son stade - précoce ou avancé -, il n'y a rien à perdre à différer légèrement le début du traitement. Car il s'agit soit d'une forme inéluctablement mortelle, auquel cas le traitement est inutile, soit d'une forme non létale qui supportera bien ce retard.

La découverte d'une petite tumeur de la prostate mérite elle aussi réflexion avant toute décision thérapeutique. L'ablation de la prostate comporte un risque de lésion des voies urinaires et peut entraîner une impuissance sexuelle. Nous avons vu que 35 % des hommes de plus de cinquante ans sont porteurs d'un cancer latent de la prostate, mais le développement de ce type de tumeur engage rarement le pronostic vital.

### **Pour une approche minimaliste**

Les thérapies anticancéreuses doivent être révisées. Ainsi, l'ablation d'un sein ou du côlon est un geste inacceptable s'il s'agit d'un cancer en stade précoce. Alors que l'avenir est aux interventions d'étendue limitée, quel que soit l'organe concerné, les chirurgiens ont encore tendance à s'adresser aux techniques qui leur sont les plus familières. Beaucoup trop d'entre eux, même spécialistes ou chirurgiens de renom, procèdent à de larges exérèses mutilantes pour traiter de petites tumeurs cancéreuses. Au Japon, la confiance excessive que l'on place dans la chirurgie constitue le principal écueil de la cancérothérapie. Je préconiserais pour ma part une approche minimaliste pour ce qui est du traitement des cancers en phase précoce. C'est cette attitude que l'on aurait dû favoriser plutôt que l'amélioration du diagnostic des cancers débutants.

Les médecins doivent faire preuve de prudence. Plus une tumeur présumée cancéreuse est de petite taille, plus le risque d'erreur est élevé. Une étude américaine sur une série de cancers du sein a révélé que 10 % des tumeurs de taille inférieure ou égale à un centimètre avaient fait l'objet d'un diagnostic erroné. Or, lorsque ces erreurs ont été découvertes, 80 % des femmes concernées avaient déjà subi une amputation mammaire. Si, selon mes estimations, le pourcentage total d'erreurs est au Japon de 10 %, il est sans nul doute encore plus élevé pour les tumeurs dont la taille n'excède pas un centimètre. Avant de songer à introduire de nouvelles techniques de dépistage comme la mammographie, capable de repérer de minuscules tumeurs, nous devrions mettre en place un système de formation des anatomopathologistes afin de réduire la fréquence des erreurs de diagnostic. Il faudrait également établir des règles pour éliminer de la profession médicale les chirurgiens qui n'ont aucun scrupule à procéder à l'ablation d'organes.

### **Le rôle des pouvoirs publics**

Que doivent faire les autorités nationales et municipales ? Tout d'abord cesser la publicité pour la promotion des opérations de dépistage, et faire en sorte que les tests pratiqués sur le lieu de travail ne soient plus obligatoires. Plutôt que de justifier la prolifération des tests par l'augmentation du taux de cancers chez les personnes âgées, elles doivent chercher à déterminer la part qu'occupent les cancers d'évolution lente ou non létale dans cette progression. Elles doivent prêter plus d'attention aux accidents frappant les sujets âgés soumis à des tests approfondis. Tant que l'efficacité des tests n'est pas établie de manière tangible, la politique de prévention du cancer doit se limiter à une éducation de la population axée sur l'hygiène de vie et la lutte antitabagique.

Il ne faut surtout pas élargir le spectre des examens de dépistage. Pour l'heure, 10 % de la population ciblée font l'objet de tests annuels et l'on prévoit d'amener ce pourcentage à 30 %. Mais on convoque tant de gens pour subir des examens approfondis que cela freine aussi bien le diagnostic des patients présentant déjà une symptomatologie cancéreuse que le traitement des cas avérés, qui nécessiteraient une prise en charge immédiate. Accroître le pourcentage de dépistages ne ferait qu'allonger la liste d'attente.

Je proposerais en outre la création d'une commission spéciale chargée d'étudier comment on pourrait éventuellement mettre fin aux tests de prospection systématique. Ces opérations mobilisent en effet une bonne part du personnel médical, notamment infirmier, et des recettes fiscales. Des ressources humaines et matérielles considérables se trouvent ainsi détournées de secteurs plus sensibles, comme les programmes d'assistance aux personnes âgées.

Le dépistage du cancer a des effets paradoxaux. Du jour au lendemain, il transforme en malade un individu a priori sain, lequel risque à court terme de se retrouver privé d'un organe suite à la découverte d'une petite tumeur. Les recherches actuelles s'orientent vers la détection de tumeurs de plus en plus petites, ce qui accroît d'autant la fréquence des diagnostics erronés. Le traitement se traduit alors par un véritable gâchis et frise la conduite criminelle. Ce qui était à l'origine une bonne croisade destinée à traiter les cancers à leur début est en train de prendre l'allure d'un carnage. Les compétences croissantes du personnel médical et l'amélioration constante des performances du matériel ne cessent de renforcer cette antinomie. Face à des résultats aussi contradictoires, on peut se demander s'il faut blâmer les progrès de la médecine en tant que tels ou dénoncer le système de dépistage.

### **Vivre avec le cancer**

Parler de dépistage anticancéreux revient à s'interroger sur la nature du cancer. Est-ce vraiment une maladie stricto sensu ? Puisque, d'après les estimations, le risque de voir apparaître un cancer chez un individu donné se trouve multiplié par 16 chaque fois que son âge double, on pourrait penser qu'il s'agit d'un phénomène normal du processus de vieillissement.

Si je devais contracter une maladie avant ma mort, je préférerais que ce soit un cancer. C'est peut-être un choix surprenant, mais qui se justifie si l'on songe aux éventuelles alternatives. La démence sénile est une perspective redoutable, et un accident vasculaire cérébral peut fort bien vous laisser à demi-paralysé, ce qui serait un lourd fardeau aussi bien pour vous que pour votre famille. Les victimes d'un infarctus du myocarde se voient contraintes de réduire considérablement leurs activités quotidiennes. En comparaison, un cancer préserve votre dignité d'homme. S'il est correctement pris en charge, vous pouvez continuer de mener une vie pratiquement normale. Le fait que les cancers soient souvent découverts tard donne à penser qu'il sont relativement indolores à l'état naturel. Quand un cancer fait souffrir, ce n'est généralement pas dû à la tumeur proprement dite mais aux effets secondaires du traitement et à ses séquelles. La vie devient difficile dès que l'on a procédé à l'ablation d'un organe. La chimiothérapie

anticancéreuse à fortes doses épuise l'organisme et n'offre qu'un bénéfice restreint. Quant au traumatisme chirurgical, il plonge beaucoup de vieillards dans la sénilité.

Si le cancer est un risque inhérent du vieillissement, mourir d'un cancer signifie que l'on a atteint le terme de son espérance de vie. Il est strictement impossible de prévenir totalement le cancer et d'en traiter toutes les formes. Et même si on le pouvait, il faudrait tout de même bien mourir de quelque chose. Plutôt que d'employer toutes ses forces à se battre contre le cancer, il vaudrait peut-être mieux apprendre à vivre avec.

Si le but est de prolonger la vie, il semble que même l'immunothérapie soit inefficace. Une étude à l'échelle nationale portant sur des cas de cancer gastrique non opérés en raison du degré d'extension ou de la fragilité du terrain a révélé que le taux de survie après cinq ans des sujets traités par chimio-immunothérapie anticancéreuse ne dépassait pas 10 %. Chez les patients qui n'avaient reçu aucun traitement, autrement dit quand le cancer avait suivi son évolution naturelle, le pourcentage s'élevait à 40 %, chiffre proche du taux de survie enregistré en cas de traitement chirurgical.

Chacun souhaite pouvoir vivre jusqu'au bout en aussi bonne santé et aussi agréablement que possible. Si une personne traitée pour un cancer meurt d'une affection intercurrente, le traitement n'aura servi à rien. Si le cancer n'est découvert que quand il est trop tard, ne vaudrait-il pas mieux laisser la mort venir à son heure plutôt que la combattre avec un organisme amoindri ?

Le but de l'existence n'est ni d'éviter le cancer ni de le détecter. Pourquoi se gêner la vie en y pensant constamment ? Pourquoi se soumettre à des tests de dépistage inévitablement coûteux et probablement sans intérêt ? Mieux vaut penser à tout autre chose que le cancer et son dépistage, et vivre pleinement.