



Contributions des éditions 2012, 2013, 2014 et 2015, du Colloque « [Sur- et sous-médicalisation, surdiagnostics, surtraitements](#) », dit « Colloque de Bobigny », versées au débat sur le dépistage organisé des cancers du sein par mammographie, dans le cadre de la concertation citoyenne et scientifique « [Ensemble, améliorons le dépistage du cancer du sein](#) », lancée par l'Institut National du Cancer (INCa) à la demande du Ministère en Charge de la Santé.

Le Colloque de Bobigny est organisé par le groupe Princeps, le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Bobigny, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) et l'association Civic Santé.



Sommaire (Cliquer sur les liens hypertextes pour vous déplacer dans ce document et revenir au sommaire)

Année	Auteur(s)	Titre de l'intervention	Pages
2012	Bernard JUNOD et Bernard DUPERRAY	Dépistage du cancer : le modèle de prévention contredit par les faits	3-4
2012	Bernard JUNOD et Bernard DUPERRAY	Surdiagnostic et surtraitement du cancer du sein par radiothérapie	5
2012	Ibrahim LASSOUED, Marc JAMOULLE	Cancer du sein ; dépistage ou surdiagnostic	6-8
2012	Organisateurs, intervenants, participants	Verbatim en lien avec le dépistage organisé du cancer du sein	9-10
2013	Rachel CAMPERGUE	Comment les techniques classiques de marketing sont utilisées dans la campagne de dépistage du cancer du sein	11-12
2013	Omar BRIXI	Introduction - Atelier N°4 « Le dépistage en cause ? La prévention une cause »	13-14
2013	Alain SIARY	Cancer du sein et iatrogénèse	15-17
2013	Elena PASCA	Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science	18-25
2014	Omar BRIXI	Introduction – Atelier N°1 « Etude critique du dépistage des cancers »	26-27
2014	Jean-Pierre VALLÉE	Dépistage des cancers : entre Pasteur et Darwin...	28-29
2014	Alain SIARY	Etude comparative de l'incidence et de la mortalité de 4 cancers en France : Sein, Col utérin, Colon, Prostate	30-31
2014	Bernard JUNOD, Bernard DUPERRAY, et Matthieu YVER	Comment dépasser par l'épidémiologie clinique les réticences consécutives à la dénonciation du sur diagnostic du cancer du sein ? Approche historique et internationale	32-33
2014	Guillaume GRANDAZZI, Mélanie TROCMÉ, Véronique CHRISTOPHE, Lydia GUITTET	Médecins et acteurs institutionnels face aux dépistages des cancers : représentations des risques, des sur diagnostics et des sur traitements	34-35
2015	Bernard PABION	Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein – Données INVS 2010	36-37
2015	Lionel POURTEAU	Un nouvel outil de calcul du risque de cancer du sein	38
2015	Bernard JUNOD	Hommage spécial à Bernard	39-40



Affichage optimal en mode plein écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens hypertextes pour vous déplacer dans ce document et revenir au sommaire

Colloque 2012 – Bernard DUPERRAY et Bernard JUNOD « Dépistage du cancer du sein, le modèle de prévention contre dit par les faits »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 27 avril 2012, matin :

« [Surmédicalisation, mythe ou réalité](#) »

- Présentation diapositives : [ici](#)
- Résumé page suivante

Le cancer : une image ?

La mammographie de dépistage est vue comme le marqueur du développement tumoral à un moment t d'une histoire naturelle perçue comme **linéaire** dans le temps. Or, les observations cliniques sont en contradiction avec ce modèle. L'image mammographique n'est pas un bon marqueur du temps.

En effet :

- Petit n'est pas synonyme de diagnostic précoce.
- Petit ne signifie pas obligatoirement bon pronostic.
- Volumineux n'exclut pas un diagnostic précoce.
- Volumineux n'exclut pas un bon pronostic.

Petit et mauvais pronostic

Volumineux et 2 ans

Gros et bon pronostic



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2012 – Bernard DUPERRAY et Bernard JUNOD « Dépistage du cancer du sein, le modèle de prévention contre dit par les faits »

> Résumé :

La justification du dépistage procède d'un mythe : le modèle linéaire de l'histoire naturelle du cancer. La confiance des médecins dans la valeur pronostique de l'examen au microscope d'un prélèvement de lésions suspectes a renforcé la perception d'efficacité de la destruction des cancers diagnostiqués tôt. Morbidité et mortalité consécutives au dépistage de masse prouvent aujourd'hui que le surdiagnostic – confusion entre maladie cancéreuse et « cancer » qui n'aurait pas eu de conséquence sur la santé – a illusionné soignants et patients. Contrairement aux espoirs suscités par l'extension du dépistage organisé, l'incidence des cancers ne recule pas . Le frontière entre le normal et le pathologique est un thème de recherche trop négligé en cancérologie mammaire.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2012 – Bernard DUPERRAY et Bernard JUNOD « Surdiagnostic et surtraitement du cancer du sein par radiothérapie »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°3, le vendredi 27 avril 2012, après-midi :
« [Surdiagnostics source de surtraitements](#) »

Résumé : « Le risque de surdiagnostic dépend du stade du cancer du sein. Il est plus élevé lorsqu'il s'agit d'un cancer in situ versus infiltrant ou alors sans versus avec envahissement ganglionnaire.

La définition du surdiagnostic : Cancer histologique qui n'évolue pas vers des symptômes cliniques
Les risques associés à une radiothérapie pour cancer du sein sont surtout des affections cardiaques et des cancers du poumon. Les conséquences néfastes d'un surtraitement par radiothérapie sur la mortalité globale résultent d'une balance bénéfique/risque tributaire de la proportion de surdiagnostics parmi les patientes traitées. Le dernier travail sur les risques de la radiothérapie à long terme est une étude de l'IGR qui montre une surmortalité cardio-vasculaire de 76% 20 ans après Irradiation pour cancer du sein dans une cohorte traitée entre 1954 et 1984 »



Affichage optimal en mode plein écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens hypertextes pour vous déplacer dans ce document et revenir au sommaire

Colloque 2012 – Ibrahim LASSOUED, Marc JAMOULLE « Cancer du sein : dépistage ou surdiagnostic »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°3, le vendredi 27 avril 2012, après-midi :

« [Surdiagnostics source de surtraitements](#) »

- Présentation diapos : [ici](#)
- Résumé pages suivantes

Et le patient dans tout cela?

Scénario : L'AMUS soutient les actions de filières pour les mammographies systématiques. BSGI 2008

Scénario : L'AMUS soutient les actions de filières pour les mammographies systématiques. BSGI 2008

- 2 études ont tenté d'évaluer la connaissance des femmes sur le dépistage et la mammographie
- 92% ignorent les risques de surtraitement
- 68% croient que le dépistage diminue le risque d'avoir un cancer
- 60% pensent que se faire dépister diminue de plus de 50% la mortalité



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2012 – Ibrahim LASSOUED, Marc JAMOULLE « Cancer du sein : dépistage ou surdiagnostic »

> Résumé :

Les auteurs ont tenté d'actualiser les connaissances en matière de dépistage du cancer du sein par une revue de la littérature scientifique, des recommandations faites par différentes institutions nationales de santé ainsi que les potentiels effets indésirables par le surdiagnostic et le surtraitement. Les auteurs pensent que les médecins généralistes peuvent informer leurs patientes sur les enjeux du dépistage.

Méthode : La revue de la littérature, ainsi que la lecture d'ouvrage sur les enjeux de dépistage, les travaux de certains experts ont pour but d'éclaircir les points suivants : 1. Les principes de base épidémiologique pour qu'un dépistage soit utile ; 2. Le bénéfice éventuel du dépistage systématique des femmes du cancer du sein par la mammographie ; 3. Les risques et effets indésirables du dépistage du cancer du sein par la mammographie ; 4. L'information des femmes invitées au dépistage.

Résultats : Il existe des divergences entre diverses institutions quant à l'efficacité du dépistage du cancer du sein. Les conclusions de la Cochrane ainsi que de la revue Prescrire sont très réservées et même si il y a un bénéfice, celui-ci est minime et insuffisant pour avoir un avis tranché sur la question. En effet, le NNS pendant 10 ans (number need to screen) est de 2000. Dans le même temps 10 femmes en bonne santé seront traitées inutilement d'un cancer et 200 femmes seront faussement alertées par ce dépistage.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2012 – Ibrahim LASSOUED, Marc JAMOULLE « Cancer du sein : dépistage ou surdiagnostic »

> Résumé (suite):

Résultats : Toutes les institutions étatiques (KCE , HAS , Canadian Task forces, etc...), recommandent la poursuite du dépistage des femmes de 50 à 69 ans et considèrent que le bénéfice c'est à dire la détection de la tumeur à un stage précoce avec pour conséquence un traitement moins lourd (ce qui est faux) et une réassurance des femmes dont l'examen est négatif (ce qui est une erreur 20% de faux négatifs) est supérieur aux effets indésirables c'est-à-dire faux positifs, faux négatifs et traitement de tumeurs à croissance très lentes. Ces institutions espèrent qu'au fil du temps le dépistage fera ses preuves par une diminution plus significative de la mortalité même si actuellement, on ne dispose pas d'arguments scientifiques pour attribuer cette petite baisse de mortalité au dépistage. Par ailleurs l'information biaisée donnée aux patientes fait émerger de fausses croyances sur la mammographie. 92% des femmes ignorent les risques des surtraitements. 68% pensent que la participation au dépistage diminue le risque d'avoir un cancer du sein. La majorité estime que par le dépistage, même si il y a un cancer, le traitement sera moins agressif. 60% pensent que le dépistage réduit de 50% la mortalité.

Le rôle du médecin généraliste est d'informer les femmes sur les incertitudes de ce dépistage (les incertitudes de l'imagerie avec les faux positifs, les faux négatifs, le surdiagnostic, la fausse réassurance) afin qu'elles décident de leur choix (se faire dépister ou pas) en toute connaissance de cause.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2012 – Verbatim en lien avec le dépistage organisé du cancer du sein

Le Dr Bernard DUPERRAY, Médecin radiologue, signale qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui ont déjà réalisé 15 ou 20 mammographies (Une surexposition qui peut favoriser certains cancers).

Le Dr Alain BRAILLON, Médecin de santé publique et lanceur d'alerte, rappelle que le paiement à la performance (P4P) signé entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins, récompense le dépistage systématisé du cancer du sein par mammographie...

Le Dr Alain SIARY, SFTG et co-organisateur du colloque, précise que les médecins adhèrent (dans leur immense majorité) à l'efficacité de la mammographie, et que ce n'est pas seulement une question de temps (pour que le médecin explique correctement le bénéfice et les risques au patient pendant la consultation). Contrairement au dosage des PSA dans le cancer de la prostate, le « parapluie » HAS n'existe pas (La Haute Autorité de Santé venait quelques jours auparavant de rendre un avis défavorable sur le dosage des PSA, affirmant que même chez les hommes à risque de développer un cancer de la prostate, cet examen n'avait pas prouvé son bénéfice).

Le Dr Omar BRIXI, co-organisateur du colloque, indique que surmédicalisation et sous-médicalisation sont deux phénomènes concomitants. Il faut se garder de deux risques, la rugosité et la conjonction des intérêts contradictoires. Exemple les résistants du début à l'intérêt du dépistage systématisé du cancer du sein par mammographie et ceux qui ont des intérêts financiers (l'assurance maladie).



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2012 – Verbatim en lien avec le dépistage organisé du cancer du sein

Le Dr Jacques BIRGÉ, prend l'exemple du traitement hormonal substitutif qui s'est effondré très rapidement (après la publication d'études qui démontrait son implication dans l'apparition de cancers chez les femmes traitées), mais il a été remplacé, ce qui n'est pas forcément mieux, par les médicaments du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique...

Bernard JUNOD, médecin de santé publique, chercheur, et spécialiste du surdiagnostic dans le cancer du sein, dénonce les campagnes institutionnelles au service d'intérêts financiers.

Rachel CAMPERGUE, kinésithérapeute, auteure du livre « No mammo », dit que l'on pourrait faire des mammographies tous les ans et qu'il existe un emballement technologique. Le grand public est bluffé par ce qu'il croit être un grand progrès. Elle a entendu certains prétendre que l'intérêt de la mammographie, c'est de dépister des tumeurs de plus en plus petites. Mais, lance-t-elle, l'intérêt de l'intérêt, c'est quoi ? Le « droit de savoir » ou « de ne pas savoir » est découplé du « agir ».



Colloque 2013 – Rachel CAMPERGUE « Comment les techniques classiques de marketing sont utilisées dans la campagne de dépistage du cancer du sein »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°3, le vendredi 3 mai 2013, après-midi :

« [Le disease mongering ou le façonnage des maladies](#) »

- Présentation diapos : [ici](#)
- Présentation diapos sonorisée : [ici](#) (sur Youtube)
- Résumé page suivante





Colloque 2013 – Rachel CAMPERGUE « Comment les techniques classiques de marketing sont utilisées dans la campagne de dépistage du cancer du sein »

> Résumé :

Partant du principe que « les campagnes de santé publique sont une forme de publicité comme une autre » (Panese et Barral, 2009), nous tenterons d'exposer la dissonance entre les slogans d'Octobre rose et la réalité afin que :

1. La décision de participer ou non au dépistage soit dépouillée, autant que faire se peut, de toute interférence illégitime ; 2. Les soignants prennent conscience des pressions auxquelles sont soumises tant leurs patientes qu'eux-mêmes ; Rachel CAMPERGUE détaille toutes les techniques manipulatoires de la vente et de la publicité pour inciter les femmes à faire « une mammographie » dans le contexte de la campagne « octobre rose » organisée par le Ministère de la Santé. « Elles se construisent sur quelques stratégies simples mais efficaces : Il s'agit de réduire, frustrer, érotiser, aliéner, récupérer, conditionner et infantiliser. Le principe de base de la publicité est de réduire à l'extrême le message et de le simplifier à outrance pour créer une analogie entre le produit et une conduite ». Exemple : « Elle a montré ses seins, elle a sauvé sa vie » ou « Le dépistage, un geste d'amour ». Philippe Breton disait « On ne peut pas lutter contre une influence qu'on ne perçoit pas ». Des publicités culpabilisantes, jouant sur les mécanismes de la peur, la peur de la mort avec effet de dramatisation. Mais « la peur de la mort se révèle parfois mortelle ». Légitimant leurs propagandes par des médecins experts corrompues par des intérêts financiers. Créant une confusion entre « Prévention » et « Dépistage ». Alors que l'incidence des cancers à un stade avancé, ne diminue pas, malgré toutes ces mammographies. C'est dans la tranche d'âge des 70-74 ans que l'incidence du cancer du sein est élevée, pourtant les données concernant son dépistage de masse sont rares et les publicités n'affichent que des femmes jeunes et sexy le plus souvent.



Colloque 2013 – Omar BRIXI « [Le dépistage en cause ? La prévention une cause](#) »

> Introduction :

Présentée au cours de l'atelier N°4, le vendredi 3 mai 2013, après-midi

Le dépistage du cancer du sein est mis en cause. Plus précisément, la stratégie systématique et de masse, le test radiologique adopté, et les sur risques des traitements appliqués. Et ce depuis de nombreuses années. Ce qui est nouveau ces dernières années, c'est le caractère public de confrontations jusque là confinées dans des milieux scientifiques et institutionnels. Des publications internationales, quelques travaux français, des médias grands publics, et les dossiers régulièrement mis à jour par la revue indépendante Prescrire, les ont récemment mis au devant de la scène.

L'utilité et les sur risques du programme organisé de dépistage du cancer du sein, qui a mis plus de 20 ans à s'imposer, sont désormais sur la place publique, aggravant l'angoisse des femmes et la perplexité des professionnels du soin. Négation, ou arguments défensifs, d'un côté, mises en cause, et dévoilements de l'autre : autant d'attitudes de part et d'autre qui nécessitent un débat scientifique et public afin de faire la part des choses. Il faut dire, qu'outre les enjeux économiques, que le climat et l'esprit de la « guerre contre le cancer » engagée depuis les années 1960, en fait une chapelle ardente, une cause. « Octobre rose », manifestations, engagements et appels de toutes parts en témoignent.



Colloque 2013 – Omar BRIXI « [Le dépistage en cause ? La prévention une cause](#) »

> Introduction (suite) :

Présentée au cours de l'atelier N°4, le vendredi 3 mai 2013, après-midi

Le dépistage du cancer du sein, pour être emblématique, n'est pas seul en cause dans ces logiques de sur diagnostics et de sur traitements. Nous aurons lors de nos échanges à situer ce qui est spécifique et ce qui est plus généralisé. Par ailleurs, la prévention du cancer du sein, d'autres cancers ou des multiples autres affections chroniques, est loin d'être investie avec les mêmes énergies et ressources.

Pourquoi cet angle mort ? Et si la prévention, passant par d'autres conditions de vie, de travail, de modes de consommation et de production, était une autre voie ? Voire une autre perspective ? Ne mérite t elle pas justement qu'elle soit une cause parce que porteuse d'une autre vision, d'une autre échelle de valeurs, celle de la solidarité et du recul des inégalités sociales.

Les participants à cet atelier sont conviés à interroger ce qui est en cause et ce qui mérite d'être une cause. Avec attention aux postures des uns et des autres et le souci de faire pré- valoir la controverse plutôt que la polémique.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Alain SIARY « Cancer du sein et iatrogénèse »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°4,
le vendredi 3 mai 2013, après-midi :

« [Le dépistage en cause ?](#)
[La prévention une cause](#) »

- Présentation diapos : [ici](#)
- Résumé & bibliographie pages suivantes





Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Alain SIARY « Cancer du sein et iatrogénèse »

> Résumé :

Les interventions médicales peuvent s'avérer doublement iatrogènes. Le cancer du sein en est un exemple majeur : On rappelle que le dépistage du cancer du sein a généré une augmentation de son incidence artificiellement alors que la courbe de mortalité se modifiait peu. Ce surdiagnostic est évalué à 30% lors d'une étude récente menée aux EU (1). Mais un autre fait est intervenu dans cette augmentation au milieu des années 90 ; c'est la prescription massive de traitement hormonal de la ménopause. Comme le montre l'étude des variations d'incidence constatées dans le réseau Francim (2), l'infléchissement brutal de la courbe d'incidence, vers le haut d'abord, puis en 2003 vers le bas ne peut s'expliquer par des facteurs environnementaux nouveaux, ou des changements de comportements matrimoniaux. Les 2 éléments nouveaux sont l'extension du dépistage d'abord individuel, puis organisé et le traitement de la ménopause qui a fortement diminué depuis sa mise en cause dans l'augmentation du cancer du sein par l'étude WHI. Les courbes d'incidence relevées par le réseau Francim sont semblables à celles des autres pays industrialisés où dépistage du cancer du sein et traitement de la ménopause ont coexistés, avant que ce dernier se ralentisse fortement. Par ailleurs aucune étude n'a apporté la preuve d'une baisse de mortalité attribuable au dépistage. Une baisse de 10 % est envisagée par certains auteurs. Mais le surtraitement engendré par le surdiagnostic s'accompagne d'actes chirurgicaux mutilants associés dans les ¾ des cas à des séances de radiothérapie, dont une étude récente rappelle qu'elle est associée à un surrisque de cardiopathie ischémique survenant au bout de 5 ans : chaque augmentation de 1 gray est accompagnée d'une augmentation d'incidence de 7.4% (3). Ainsi le surtraitement de femmes victimes du surdiagnostic pourrait diminuer leur espérance de vie (4) .



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Alain SIARY « Cancer du sein et iatrogénèse »

> Bibliographie :

- 1) Bleyer et col : Effect of 3 decades of screening mammography on breast cancer incidence. NEJM 2012 367 1998-2005
- 2) Moliné Flo et col : incidence du cancer in situ et invasive du sein en france 1990-2008. Donnée des registres des cancers (réseau Francim) BEH 26/09/2012 N° 35.36.37 : 395-398
- 3) Daby Sarah : Risk of ischemic heart disease in women after radiothérapie for breast cancer. NEJM 2013 368 987-998
- 4) Baum Michael : Harms for breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included. BMJ 2013 346: 1385



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°4, le vendredi 3 mai 2013, après-midi : « [Le dépistage en cause ? La prévention une cause](#) »

> Résumé (1/8) :

Depuis les campagnes promotionnelles culminant avec « octobre rose » jusqu'aux informations diffusées pour et par des professionnels de santé, le dépistage organisé du cancer du sein est présenté comme étant l'application pratique d'un argumentaire basé sur des études et des théories scientifiques, tels que le schéma halstedien de l'histoire naturelle du cancer du sein. D'une part, cela a été invalidé par les études scientifiques ; d'autre part, nous montrerons qu'il s'agit d'une mystification. C'est une construction sociale que ceux qui vivent ou participent de ce que l'on a appelé une « industrie du cancer » promeuvent grâce à des méthodes de désinformation et de manipulation (que nous exposerons). Des outils des sciences sociales, en particulier sociologiques et psycho-sociologiques, permettent de déconstruire ce complexe dans ses éléments, de les analyser un par un et d'analyser aussi comment et pourquoi – sous quels influences, biais et déterminants de tous ordres – ils se sont agrégés dans cette construction dont nous ne percevons plus la nature. C'est une forme de généalogie critique au sens de Nietzsche.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (2/8) :

Loin d'être un modèle scientifique, le complexe formé autour du dépistage organisé par mammographie est un amalgame d'éléments très hétéroclites: représentations individuelles et collectives (sur la santé, le cancer, les femmes, la fonction de la médecine...), affects contradictoires, intérêts commerciaux et idéologiques, illusions, sophismes, incantations, raisonnements fallacieux, théories scientifiques invalidées et/ou déformées, dogmes scientistes, glissements de l'hypothèse ou du wishful thinking à l'affirmation de certitudes...

Cela commence par la communication, et notamment la projection sur « l'opinion publique » de croyances, opinions et demandes des usagers, fabriquées en fonction de l'offre médicale et jouant sur des leviers psycho-sociaux efficaces depuis la nuit des temps. C'est une manipulation bien connue par la sociologie analysant la « fabrique de l'opinion », les méthodes de persuasion et la création de préjugés et stéréotypes : une désinformation bien menée aboutit à ce que l'opinion pense que ces demandes et représentations émanent d'elle.

Le matraquage publicitaire faisant appel à des affects, des stéréotypes et des situations permettant de s'identifier de même que le jeu d'influences et de manipulations durent jusqu'à ce que les femmes en arrivent à considérer ce qu'on leur prescrit (et on leur impose) comme un droit fondamental qu'elles auraient, comme un acte de liberté, traduction de leur libre arbitre, comme une demande émanant d'elles-mêmes.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (3/8) :

Il faut décortiquer les méthodes de manipulation pour comprendre pourquoi le dépistage organisé marche : pourquoi et les femmes et les professionnels de santé jouent le jeu, pour la plupart d'entre eux, quelles sont les motivations et comment se forment leurs représentations et leurs décisions. Lorsque nous l'aurons compris, nous pourrons faire des critiques ciblées pour espérer créer une prise de conscience et renverser l'état actuel d'adhésion au dépistage organisé – et d'adhésion à une « médecine préventive » déformée (cf. David Sackett) en général. Ces critiques devront aller bien au-delà des simples arguments scientifiques qui montrent l'étendue du surdiagnostic et démontrent que le dépistage est inefficace, qu'il ne réduit pas la mortalité, que la précocité du diagnostic n'est pas synonyme de plus de chance, etc. Car les sciences sociales ont montré que les préjugés, les croyances et opinions issus de manipulations ne peuvent pas être combattus par la simple exposition de faits rationnels, surtout lorsque ces préjugés se présentent sous des dehors scientifiques et de bon sens, comme dans le cas du dépistage, où les mystifications telles que la précocité semblent relever du bon sens. Il faut les contrecarrer sur leur terrain ; d'autant que la raison semble court-circuitée dès que le mot « cancer » est prononcé.

La généalogie critique d'une telle construction sociale permet de comprendre comment s'est mise en place la désinformation, comment elle se fait et à qui elle sert. Il ne s'agit nullement d'une conspiration ou d'un complot. C'est une convergence d'influences, de biais, d'intérêts et de conflits d'intérêts, mais aussi d'initiatives bénévoles et désintéressées, déformées car se déroulant dans les limites d'un complexe qui les instrumentalise et les récupère.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (4/8) :

La déconstruction critique de ce complexe permettrait de libérer ces énergies bénévoles et désintéressées, les mettre à l'abri des instrumentalisation, pour qu'elles soient au service de l'intérêt de la santé des femmes et non pas au service de tous les intérêts de ceux qui veulent parler à leur place et en leur nom, parce qu'ils sont les seuls détenteurs des informations.

La déconstruction permettrait aussi de penser la refonte de l'ensemble des cadres administratifs-statistiques-pseudo-scientifiques sur lesquels se fondent les dépistages organisés et la « médecine préventive ».

Le dépistage organisé du cancer du sein est un assemblage de divers rouages qui s'emboîtent de mieux en mieux, à chaque octobre rose. Quelques exemples:

- représentations individuelles et collectives sur la santé, le cancer, la prise en charge médicale...
- affects qui peuvent varier énormément d'une personne à l'autre, qui accompagnent les représentations
- des stéréotypes sur les femmes, sur ce que serait leur représentation de la santé, ainsi que sur la relation hommes/femmes
- croyances au progrès technique et scientifique et à la résolution technique de tout problème; la médecine technicisée et appliquée de façon bureaucratique, administrative, comme dans le cas du dépistage systématique



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (5/8) :

C'est l'une des raisons pour lesquelles la critique passe tellement mal, en particulier auprès des gestionnaires, décideurs et administrateurs (au sens large, incluant les politiques et le haut de la fonction publique). Parce que la mise en place de cette critique aurait des conséquences sur l'ensemble du système de santé et des jalons administratifs de nos vies. Je parle de la critique des dépistages, mais plus généralement de la critique de cette médecine agent de contrôle social (que j'ai décrit comme médecine préventive, prédictive, mais aussi *prescriptive et proscriptive* en ce qu'elle émet des préceptes (sur nos comportements, etc.) et que les normes qu'elle prescrit deviennent des normes sociales qui seront reprises et intégrées par les différentes administrations. Et celles-ci vont promouvoir, voire imposer ces normes, plus ou moins directement, donc faire en sorte d'orienter les comportements (valoriser certains, bannir ou stigmatiser d'autres) et pousser les individus vers une adaptation, et même vers un ajustement à ces normes. Et c'est exactement ce qu'il faut au capitalisme néolibéral: des individus adaptés, uniformisés, permutables, normalisés, bref, contrôlables sous une forme acceptée, voire demandée, car elle ne montre pas sa violence (la « correction » médico-pharmacologique et la prévention sont non seulement largement acceptées et entérinées, mais même réclamées par la population et conçue comme une chance qu'offre le système) - représentations qui montrent que la médecine technicisée – traduction de la logique néolibérale dans une santé marchandisée – a été accepté comme un moyen de gestion des populations, comme un moyen d'administration et



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (6/8) :

de contrôle social, sous des prétextes divers (prévention, dépistage, capacités prédictives, économies pour la Sécurité sociale...)

- causes justes, mais instrumentalisées (les questions de genre, le mouvement féministe, certaines spécificités de la santé des femmes...)

- sophismes et raisonnements fallacieux répétés comme des rengaines faisant appel au supposé « bon sens ». Le bon sens dit que la détection précoce est forcément une bonne chose, alors que rien de tel n'a été démontré; qu'une tumeur dépistée tôt aurait plus de chances d'être curable; qu'une lésion petite voudrait dire qu'on l'a dépistée tôt dans son évolution, alors qu'elle est peut-être là depuis 10 ans mais n'a pas évolué; qu'une mammographie négative veut dire pas de cancer, alors qu'il existe des cancers visibles et palpables qui ne sont pas vus sur les clichés...

- l'ignorance voulue et entretenue (elle est confortable pour les usagers, car elle les décharge de la responsabilité qu'ils auraient dans un modèle de décision médicale partagée (rien à voir avec un « consentement » soi-disant éclairé à ce qui est imposé par divers biais et influences); si cela tourne mal, les usagers retrouveront leur rôle d'éternelles victimes. Pour les professionnels de santé, les industriels et tous ceux qui vivent de l'industrie du cancer, etc., l'ignorance permet de concrétiser des intérêts divers



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (7/8) :

- en complément parfait de l'ignorance viennent les certitudes affichées, même si elles sont illusoires, car non prouvées ou démenties par les faits. Cela inclut aussi l'illusion de précision et d'exactitude qui va de pair avec l'attitude scientifique et bureaucratique, donc avec ces cadres administratifs-statistiques pseudo-scientifiques qui régissent non seulement les dépistages, mais toute notre santé.

-narcissisme des acteurs et décideurs scientifiques et administratifs renforcé par l'inertie des habitudes, des pratiques médicales et administratives. Ce serait très difficile d'admettre que l'énorme majorité des médecins se sont trompés, déjà à la base, dans leur interprétation de l'histoire naturelle du cancer du sein et du schéma de pensée et d'action qu'ils en tirent. Et tous ceux qui ont prescrit et prescrivent des mammographies régulières sans jamais prendre au sérieux les informations, acceptant la désinformation, devraient faire leur autocritique. Nous en sommes loin, d'autant que le paiement à la performance fait (comme jadis le CAPI: contrat d'amélioration des pratiques individuelles) les incite à prescrire encore plus de mammographies. C'est de la surmédicalisation voulue par la Sécurité sociale

- incantations et pensée magique (wishful thinking), du genre « le dépistage marche! »; illusions et façons de conjurer le sort. Le vocabulaire guerrier – on déclare régulièrement la guerre au cancer – renforce cette pensée d'une solidarité des petits soldats unis contre le grand méchant cancer, sous les ordres de quelques généraux qui, lorsqu'on regarde de près, ont des intérêts bien différents de ceux des soldats engagés effectivement dans la bataille. Le ruban rose est très important dans



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2013 – Elena PASCA « Le dépistage du cancer du sein : une construction sociale érigée en science »

> Résumé (8/8) :

cette guerre économique, car il occulte les dimensions terre-à-terre sous des visions nobles, éthiques, humaines... et que le lien qu'il crée culpabilise et empêche la critique, sous peine de paraître rompre cette chaîne infinie qui vaincra le cancer

- clichés d'une psychologie reflétant l'individualisme néolibéral: l'attitude positive, la solidarité à la façon des réseaux sociaux, etc. C'est comme si la critique du dépistage organisé manquerait de respect aux « survivantes » et aux femmes qui souffrent en ce moment même d'un cancer du sein dépisté grâce à la mammographie de dépistage. En effet, comme toutes les campagnes marketing de l'industrie pharmaceutique ou autre, les mouvements de type « octobre rose » mettent en avant des « survivantes », afin de culpabiliser les critiques, dissuader celles et ceux qui diraient autre chose, et afin de minimiser le surdiagnostic et les autres méfaits (faux positifs, cancers radioinduits, surtraitements, violence psychologique de l'annonce et de l'attente, ...)

- des intérêts marchands (commerciaux, publicitaires...), industriels, idéologiques et autres

- une relation médecin/patient de mauvaise qualité, pour laquelle la responsabilité est partagée par les deux parties et qui entretient la désinformation des uns et des autres

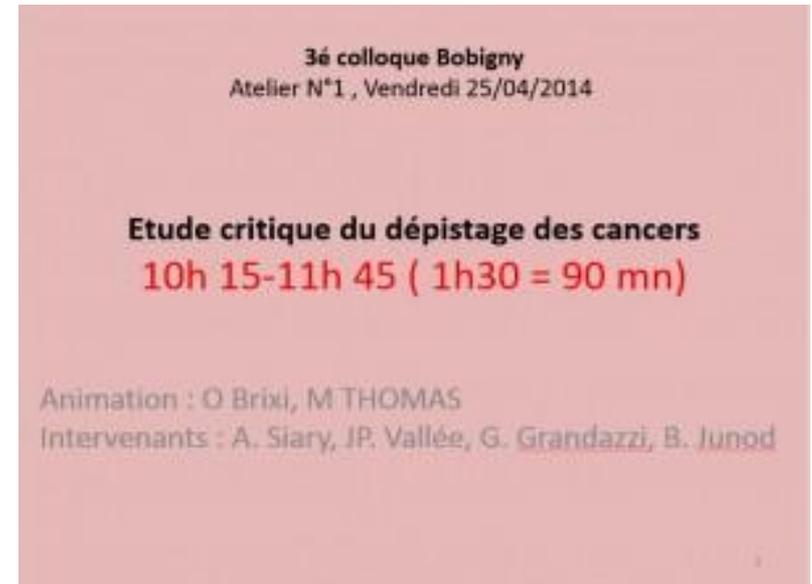


Colloque 2014 – Omar BRIXI Atelier N°1 « Etude critique du dépistage des cancers »

> Introduction :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 25 avril 2014, matin :
« [Etude critique du dépistage des cancers](#) »

- Diaporama de l'introduction : [ici](#)
- Résumé page suivante





Colloque 2014 – Omar BRIXI Atelier N°1 « Etude critique du dépistage des cancers »

> Introduction :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 25 avril 2014, matin : « [Etude critique du dépistage des cancers](#) »

Les femmes et les hommes concernés, les professionnels des soins, et les autres acteurs impliqués, sont toujours en attente du débat scientifique et social sur les biens fondés et les limites de stratégies de dépistage, notamment celles liées aux dépistages de masse de certains cancers.

Quels bilans des connaissances faisons-nous ?

Que dire aux femmes au sujet du dépistage du cancer du sein tel qu'il continue à être présenté ?

Que dire et faire des autres dépistages organisés, tel celui du cancer colorectal ?

Et le cancer du col de l'utérus, pourquoi en est on toujours aux programmes expérimentaux ?

Pourquoi ne pas dire à l'opinion toutes les études qui invalident la pertinence d'un dépistage de masse du cancer de la prostate, en l'état des connaissances ?

N'y a t-il pas des dépistages à l'origine de surmédicalisation et d'autres pathologies et situations de sous médicalisation ou des dépistages appropriés sont nécessaires et utiles pour les personnes concernées (col de l'utérus, cancers professionnels) ?

Pour ces pathologies et d'autres, nous revisiterons pour chacune d'elle comme pour l'ensemble la pertinence des dépistages pour continuer à alimenter le débat et contribuer à son élargissement.



Colloque 2014 – Jean-Pierre VALLÉE, Rédacteur en Chef de la revue Médecine, « Dépistage des cancers : entre Pasteur et Darwin... »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 25 avril 2014, matin :
« [Etude critique du dépistage des cancers](#) »

- Présentation diapositives : [ici](#)
- Résumé page suivante





Colloque 2014 – Jean-Pierre VALLÉE, Rédacteur en Chef de la revue Médecine, « Dépistage des cancers : entre Pasteur et Darwin... »

> Résumé :

Le débat concerne aujourd'hui essentiellement 4 cancers : côlon, sein, col de l'utérus et prostate. Ces 4 dépistages sont bien sûr différents dans la forme mais sont l'objet d'un même débat de fond, à 3 niveaux : Celui des concepts, en amont (pourquoi dépister ?) ou en aval (quel est le réel service médical rendu, en termes de bénéfices et risques, à la fois à l'individu dépisté et à la communauté qui organise ou prend en charge le dépistage ?). L'incertitude sur ces concepts n'est plus seulement marginale.

Celui des acteurs, et en premier les généralistes, qui font (ou conseillent) en première ligne et donc doivent disposer de toutes les informations nécessaires et les expliciter clairement à leur patient(e)s.

Celui des politiques de santé : approche collective ou à l'initiative de l'individu doivent répondre aux mêmes principes et faire l'objet du même partage de la décision.

Après un bref survol des données les plus récentes sur ces 4 cancers, nous reviendrons sur ces conclusions plutôt dérangeantes et difficiles à partager : le diagnostic précoce d'un cancer ne sauve pas toujours la vie ; il vaut mieux ignorer certains cancers.

Toute la difficulté est de situer correctement le curseur : l'histoire naturelle du cancer n'est pas linéaire comme l'infection bactérienne décrite par Pasteur, mais plutôt faite de sélections successives répondant aux théories évolutionnistes de Darwin...



Colloque 2014 – Alain SIARY « Etude comparative de l'incidence et de la mortalité de 4 cancers en France : Sein, Col utérin, Colon, Prostate »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 25 avril 2014, matin :
« [Etude critique du dépistage des cancers](#) »

- Présentation diapositives : [ici](#)
- Résumé page suivante





Colloque 2014 – Alain SIARY « Etude comparative de l'incidence et de la mortalité de 4 cancers en France : Sein, Col utérin, Colon, Prostate »

> Résumé :

Etude comparative de l'incidence et de la mortalité de 4 cancers en France : Cancer Colon-Rectum, Cancer invasif du sein, Cancer invasif du col et cancer de prostate ainsi que de l'influence éventuelle du dépistage sur les modifications épidémiologiques.

Ces 4 cancers dont l'histoire, la fréquence, et les traitements sont par ailleurs différents ont 2 points communs : la baisse de leur incidence et de leur mortalité d'une part et la pratique d'un dépistage qu'il soit individualisé (col, prostate, sein) ou organisé (sein, CCR). Le CCR : diminution depuis 2005 de l'incidence après une augmentation jusqu'en 2000 et baisse de mortalité depuis les années 1980. Le dépistage organisé est généralisé depuis 2008.

Le cancer du sein : diminution de l'incidence depuis 2005 après une forte augmentation depuis 1980, avec légère diminution de la mortalité depuis 1995. Le dépistage organisé est généralisé depuis 2004, associé à un dépistage individualisé. Le cancer du col diminue d'incidence et de mortalité depuis 1980. Il existe un dépistage par frottis, réparti inégalement selon les régions et les couches sociales. Le cancer de prostate diminue depuis 2005 après une très forte augmentation entre 1980 et 2005, avec baisse de la mortalité depuis 1990. Il existe un dépistage important individualisé, malgré sa non recommandation. **Nous essaierons d'appréhender le rôle respectif des facteurs environnementaux, des dépistages et des traitements pour chacun de ces cancers.**



Colloque 2014 – Bernard JUNOD ¹, Bernard DUPERRAY ², Matthieu YVER ³
« Comment dépasser par l'épidémiologie clinique les réticences consécutives à la dénonciation du sur diagnostic du cancer du sein ? Approche historique et internationale » (1) Epidémiologiste (2) Radiologue (3) Anato-mo-pathologiste

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 25 avril 2014, matin :
« [Etude critique du dépistage des cancers](#) »

- Présentation diapositives : [ici](#)
- Résumé page suivante





Colloque 2014 – Bernard JUNOD ¹, Bernard DUPERRAY ², Matthieu YVER ³ « Comment dépasser par l'épidémiologie clinique les réticences consécutives à la dénonciation du sur diagnostic du cancer du sein ? Approche historique et internationale » (1) Epidémiologiste (2) Radiologue (3) Anatomo-pathologiste

> Résumé :

En cancérologie, le sur diagnostic procède actuellement du manque de fiabilité de l'examen histologique d'un prélèvement ponctuel pour présumer valablement de la progression d'une lésion tumorale et de l'évolution de la maladie cancéreuse. Le sur traitement qui en découle est dû à la non reconnaissance du défaut de spécificité d'une définition du cancer restreinte à des critères exclusivement histologiques. Hippocrate explique les dangers de la prétention de savoir du médecin de nom en l'opposant au médecin de fait : celui qui prend du recul sur sa pratique en s'associant à un expert dénombrant les succès et les échecs. L'épidémiologie clinique était née ! Mais craignant l'ignominie, les soignants ont perçu l'observation scientifique du sur diagnostic et de ses conséquences délétères en pratique cancérologique comme une dénonciation. Les guérisons apparentes de lésions qui n'auraient pas progressé, la crainte des soignants de perdre leur crédibilité vis-à-vis des patients victimes d'un sur diagnostic et les standards de soins furent exploités sans scrupules par l'industrie de la santé visant la croissance de ses bénéfices monétaires. Des exemples variés quant à la période et au lieu permettent de tirer les leçons de telles situations. Une étude comparative de la surveillance active d'images radiologiques suspectes suivies ou non d'une biopsie pourrait faire évoluer les pratiques dans l'intérêt des soignés et de la respectabilité des soignants.



Colloque 2014 – Guillaume GRANDAZZI ¹, Mélanie TROCMÉ ², Véronique CHRISTOPHE ^{1, 2}, Lydia GUITTET ¹ « Médecins et acteurs institutionnels face aux dépistages des cancers : représentations des risques, des sur diagnostics et des sur traitements » (1) Cancers et Préventions U1086 INSERM / UCBN (2) Unité de Recherche en sciences Cognitives et Affectives URECA EA1059, Université Lille 3

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 25 avril 2014, matin : « [Etude critique du dépistage des cancers](#) »

> Résumé :

Le 3e Plan Cancer préconise de renforcer les politiques de santé publique française en terme de dépistages organisés des cancers considérant que la balance bénéfique/risque est positive pour les dépistages du cancer du sein et colorectal. Il prévoit l'organisation au niveau national du dépistage du cancer du col de l'utérus, mais déconseille, en revanche, le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA en raison du risque de sur-traitement. Les acteurs de santé sont aussi invités à mieux évaluer, limiter et encadrer les situations pouvant conduire à un sur-diagnostic ou à un sur-traitement pour ces différents dépistages dans la mesure où les pratiques des professionnels de santé ne sont pas toujours conformes aux recommandations des autorités sanitaires. (Suite page suivante)



Colloque 2014 – Guillaume GRANDAZZI ¹, Mélanie TROCMÉ ², Véronique CHRISTOPHE ^{1, 2}, Lydia GUITTET ¹ « Médecins et acteurs institutionnels face aux dépistages des cancers : représentations des risques, des sur diagnostics et des sur traitements » (1) Cancers et Préventions U1086 INSERM / UCBN (2) Unité de Recherche en sciences Cognitives et Affectives URECA EA1059, Université Lille 3

> Résumé (suite):

Cette communication s'attachera à présenter les résultats d'une étude qualitative réalisée auprès de 75 professionnels de santé (30 médecins généralistes, 30 médecins spécialistes et 15 acteurs institutionnels) de trois départements français (Haute et Basse Normandie, Nord) portant, d'une part, sur les représentations et pratiques des médecins relatives aux dépistages organisés (sein, colon) et individuels (col de l'utérus, prostate) des cancers, et, d'autre part, sur les inégalités sociales de santé en matière de dépistage (Etude REMEDE, financée par l'INCa). Les résultats relatifs aux représentations des risques, des sur-diagnostics et des sur-traitements associés à ces différents dépistages par les différents acteurs seront discutés lors de cette présentation.



Affichage optimal en mode plein écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens hypertextes pour vous déplacer dans ce document et revenir au sommaire

Colloque 2015 – Bernard PABION « Estimation des Bénéfices et Risques du dépistage organisé du cancer du sein en France à partir des données 2010 de l'InVS »

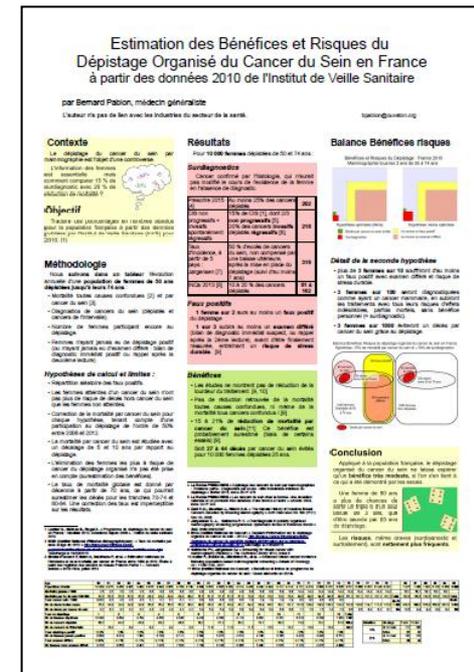
> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 17 avril 2015, dédié à la mémoire de Bernard JUNOD : « Apports et excès de la médecine prédictive et des dépistages »

- Présentation diapositives + notes : [ici](#)
- Présentation diapositives : [ici](#)

> Communication affichée : [ici](#)

- Résumé page suivante





Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

Colloque 2015 – Bernard PABION « Estimation des Bénéfices et Risques du dépistage organisé du cancer du sein en France à partir des données 2010 de l'InVS »

> Résumé :

Objectif :

Estimer les bénéfices et risques absolus du dépistage du cancer du sein tel qu'il est réalisé en France.

Méthodologie :

Aux données publiées par l'InVS sur le dépistage du cancer du sein en 2010 en France, sont appliquées quelques hypothèses de bénéfices et risques, favorables (INCa) ou non au dépistages.

Résultats

sur 1000 femmes dépistées tous les 2 ans de 50 à 74 ans, on peut estimer que :

- 1/3 subiraient au moins un examen différé du fait d'un faux positif
- 8 à 30 seraient traitées inutilement du fait d'un surdiagnostic
- 3 à 4 éviteraient peut-être un décès par cancer du sein
- près de 200 décéderont entre 55 et 79 ans qu'elles soient dépistées ou non.

Conclusion

Le dépistage organisé du cancer du sein tel qu'il est organisé en France, ne laisse espérer qu'un bénéfice très modeste, contrastant avec des risques nettement plus fréquents.



Affichage optimal
en mode plein
écran (« Ctrl-L »)

Cliquer sur les liens
hypertextes pour
vous déplacer dans
ce document et
revenir au sommaire

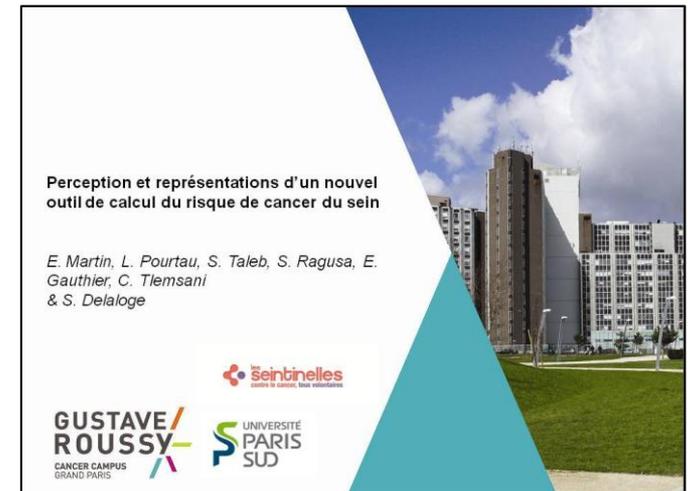
Colloque 2015 – Lionel POURTEAU « Perception et représentations d'un nouvel outil de calcul du risque de cancer du sein »

> Communication orale :

Présentée au cours de l'atelier N°1, le vendredi 17 avril 2015, dédié à la mémoire de Bernard JUNOD :
« Apports et excès de la médecine prédictive et des dépistages »

- Présentation diapositives : [ici](#)

> Communication affichée : [ici](#)





Hommage spécial à Bernard JUNOD

Bernard JUNOD nous a quitté. Le groupe Princeps souhaite lui rendre hommage et rappeler qu'à deux reprises, il est venu éclairer notre colloque de ses travaux sur les surdiagnostics et autres risques associés au dépistage généralisé de cancers du sein par mammographie. Retrouvez ses interventions en suivant les liens : Colloques de Bobigny [2012 \(atelier N°1\)](#) [2012 \(atelier N°3\)](#), [2014 \(atelier N°1\)](#). Bernard a également fait une brillante conférence au colloque international « Preventing overdiagnosis » à Oxford en septembre 2014 : [ici](#) (vidéo 32:37).

Bibliographie – Auteur : Bernard JUNOD

(recherche dans [PubMed](#) ; Mots-clés : « Breast Cancer », dans l'abstract)

[Sommaire](#)

[An investigation of the apparent **breast cancer** epidemic in France: screening and incidence trends in birth cohorts](#)

Bernard Junod, Per-Henrik Zahl, Robert M Kaplan, Jørn Olsen, Sander Greenland

BMC Cancer. 2011; 11: 401. Published online 2011 September 21. doi: 10.1186/1471-2407-11-401

PMCID: PMC3188513

[ArticlePubReaderPDF–278KCitation](#)

[A failure analysis of invasive **breast cancer**: most deaths from disease occur in women not regularly screened.](#)

Spinosa JP, Riva C, Autier P, Nicot P, Junod B.

Cancer. 2014 Sep 15;120(18):2936-7. doi: 10.1002/cncr.28528. Epub 2013 Dec 18. No abstract available.

PMID: 24353077 [Free Article](#)

[Similar articles](#)

[Effect of population-based screening on **breast cancer** mortality.](#)

Riva C, Biollaz J, Foucras P, Junod B, Nicot P, Spinosa JP.

Lancet. 2012 Apr 7;379(9823):1296; author reply 1298. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60548-0. No abstract available.

PMID: 22483024

[Similar articles](#)

[Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in **breast cancer** screening.](#)

Junod B, Spinosa JP.

J Med Screen. 2010;17(2):103; author reply 103. doi: 10.1258/jms.2010.010059. No abstract available.

PMID: 20660442

[Similar articles](#)

[Flawed inferences about screening mammography's benefit based on observational data.](#)

Berry DA, Baines CJ, Baum M, Dickersin K, Fletcher SW, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ, Junod B, Maehlen J, Schwartz LM, Welch HG, Woloshin S, Thornton H, Zahl PH.

J Clin Oncol. 2009 Feb 1;27(4):639-40; author reply 641-2. doi: 10.1200/JCO.2008.17.9341. Epub 2008 Dec 15. No abstract available.

PMID: 19075270 [Free Article](#)

[Similar articles](#)