

# DU NEUF POUR MA SANTÉ !

# 19 – OCTOBRE 2023

LES REMÈDES SANS CONCESSION D'UN MÉDECIN DE TERRAIN

## Mammographies et PSA systématiques : pourquoi et comment il faut s'en défaire



En juillet dernier sont tombés les derniers chiffres de la progression du cancer en France. Ils sont catastrophiques, le nombre de nouveaux cas a en effet presque doublé en trente ans et représente la première cause de mortalité dans le pays<sup>1</sup>. On se croyait bien protégés par de ronflantes campagnes de dépistage systématique et tout s'effondre...

**L**a mammographie n'a rien changé à la catastrophe sanitaire en cours et le dosage généralisé du PSA non plus. Voici pourquoi. Préparons-nous à changer radicalement nos mentalités.

**Une maladie ancienne encore furieusement d'actualité : le cancer du sein**

Les premières descriptions de l'affection se perdent dans la nuit des temps, le Professeur Jacques Rouëssé ayant retrouvé huit observations parfaitement documentées dans un parchemin égyptien vieux de 1 600 ans avant notre ère<sup>2</sup>. La plus ancienne

malade connue fut certainement l'Impératrice Théodora, femme de Justinien, au VI<sup>e</sup> siècle.

Plus proche de nous, au XVII<sup>e</sup> siècle, c'est l'histoire abominable de la fin de vie d'Anne d'Autriche, Reine de France et de Navarre, veuve de Louis XIII puis régente de ses deux royaumes pendant toute la minorité de Louis XIV, jusqu'en 1665. Elle fut atteinte d'un cancer du sein gauche à l'âge de 63 ans, à une époque de médecine maudite où toutes les thérapies les plus imbéciles étaient prônées avec une morgue et une certitude hautaine par les thérapeutes officiels de la Cour de France. Son statut illustre dissuada ses chirurgiens de lui appliquer le traitement habituel réservé au bas peuple, à savoir une amputation du sein au fer chaud.

Portrait d'Anne d'Autriche par Rubens (1625)



Il semble que rapidement la maladie de la Reine se soit étendue jusqu'à l'épiderme, alors on tenta de ruser avec la tumeur par administration

1. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-juillet-2023-n-12-13>  
2. J. Rouëssé, *Une histoire du cancer du sein en Occident*. Springer, Paris, 2011.

DOSSIER

► de traitements parfaitement ineptes : emplâtres à base de ciguë pour « glacer » son cancer, enfouissement sous la peau de morceaux de viande de bœuf pour au contraire le nourrir et ainsi le détourner du corps de la Reine, application de sel canadien du lac Érié, pommade à la belladone et aux cendres de roche de la Beauce, cataplasmes à la chaux puis incision des zones infectées, application d'un onguent à base d'arsenic<sup>3</sup> (d'où la gangrène de tout le membre supérieur gauche), reprises chirurgicales innombrables puis finalement décès, après de longs mois d'agonie et de « soins » absolument atroces<sup>4</sup>. Pauvre Reine, pauvre temps.

Oublions vite le passé et ses errements thérapeutiques : nos arrière-petits-enfants se moqueront probablement demain de certaines de nos dérisoires certitudes thérapeutiques actuelles, si mal habillées de vernis scientifique<sup>5</sup>.

Une vérité demeure terrible : le cancer du sein représente le tiers de tous les cancers féminins. On va décompter 61 214 nouvelles victimes en 2023, chiffre estimé évidemment, en hausse inexorable depuis les années 1990. Cette évolution est partagée aux États-Unis mais pas aux Pays-Bas<sup>6</sup> et il serait urgent d'en comprendre la raison. Peut-être que par exemple les statuts en iode des Hollandaises se définiraient comme moins carenciels qu'en France ou en Amérique du Nord, où l'on sait qu'ils y sont encore plus dramatiquement faibles ?

La mortalité par cancer du sein fait l'objet de furieuses batailles statistiques. Ainsi, l'INCa (Institut national du cancer) ose régulièrement nous parler de « mortalité

nette » pour ne retenir que les décès directement attribués à la maladie, donc en évacuant pudiquement les complications fatales que les traitements ont introduites : leucémies post-chimiothérapies, infarctus myocardiques, cancers pulmonaires post-irradiations thoraciques, infections... Ce chiffre de mortalité brute reste donc globalement inconnu.

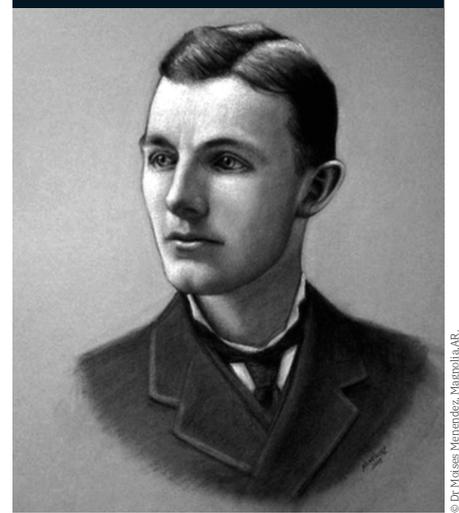
Après cette avalanche de chiffres déprimants, voyons à présent de quelle manière on a longtemps imaginé la manière avec laquelle le cancer du sein pouvait se développer dans le temps : la compréhension de la vision actuelle, tant du public que de nombreux médecins, n'en sera que grandement facilitée.

## De l'amour... et des progrès médicaux

Commençons avec une affaire éminemment humaine et fragile, qui va de plus pouvoir nous montrer à quel point la vie, en général, et la médecine, en particulier, peut se montrer compliquée à appréhender.

Voici l'histoire du Docteur William Halsted, chirurgien américain de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, que je vous présente, à dessein, sous ses traits de jeune homme (à l'âge de 22 ans, cf. *image en haut*<sup>7</sup>) et non de géronte respectable, vous comprendrez vite pourquoi. Diplômé de Columbia en 1877, il invente d'abord la « feuille de soin » où sont relevés au pied du lit du patient, scrupuleusement et trois fois par jour, les « constantes » du malade, à savoir sa température,

Dr William Halsted (1852-1922)<sup>7</sup>  
Portrait réalisé par le Dr Moises Menendez



© Dr. Moises Menendez, Magnolia, AR

sa diurèse, son pouls et son rythme respiratoire. Très inspiré de maîtres européens, le voilà qui se pique un jour de se laver les mains avant d'opérer (à mains nues) – une lubie tout à fait inconnue dans son université – puis de se les désinfecter à l'acide phénique... Mais pour quoi faire ? Attention, la touche « glamour » de l'article approche.

Éperdument amoureux (en secret) de son infirmière de bloc avec qui il opérait à longueur de journée, Halsted manqua de mourir d'inanition le jour où sa Caroline d'amour (elle s'appelait Caroline) lui avoua son plus triste secret : l'acide phénique lui dévorait les mains. Elle devait interrompre son travail au bloc opératoire. Les vrais grands amoureux savent bien que tous les obstacles jetés entre eux et l'objet de leur flamme n'ont absolument aucune chance de survie. Alors il vient à Halsted une idée sublime de culot : pourquoi ne pas directement aller voir le PDG de *Goodyear*, dont la firme venait d'inventer le caoutchouc, pour lui demander de mouler des

3. Madame de Motteville, *Mémoires, pour servir à l'histoire d'Anne d'Autriche, épouse de Louis XIII*. Francois Changuion éditeur, Pays-Bas, Amsterdam, 1723.

4. P. Charlier & D. Alliot, *Autopsie des morts célèbres*. Éditions Tallandier, 2020.

5. E. Ménat, <https://www.aimsib.org/2023/07/23/orwell-la-imagine-avec-1984-mais-lordre-des-medecins-francais-a-osele-faire-en-2023/>

6. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijc.33417>

7. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000313482008600422?journalCode=asua>

gants dans cette nouvelle matière sur les si délicates mains de l'amour de sa vie ? Franck Seiberling, le richissime patron de *Goodyear*, comprit immédiatement que le pneumatique ne résumerait pas seul la carrière de son élastique produit. Le gant de caoutchouc, comme ses innombrables déclinaisons, était né<sup>8</sup>.

Il n'y a pas que les guerres et la formule 1 qui font progresser le monde, il y a donc aussi l'amour.

On dit qu'Halsted a également inventé l'ablation de la vésicule biliaire, la fameuse cholécystectomie, en opérant sa propre mère à deux heures du matin sur sa table de cuisine. On dit qu'il a mis au point la pince hémostatique, dite « à forcipressure », avec sa géniale petite crémaillère qui tient l'outil fermé sur une pression variable. Mais en cherchant bien, on s'aperçoit qu'on prête beaucoup aux riches car elle a été inventée par un Français, Jules-Émile Péan, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle.

On raconte également qu'il aurait théorisé l'asepsie ainsi que l'anesthésie générale.

On tait beaucoup plus, en revanche, qu'Halsted expérimenta sur lui-même les vertus analgésiantes de la cocaïne en intraveineuse et qu'il en devint totalement dépendant, si malade dans les années 1885 qu'il dut interrompre sa carrière pour aller se faire désintoxiquer. On eut la bonne idée de chercher à le sevrer en lui injectant de la morphine, l'idée imbécile de l'époque<sup>9</sup>. Donc il ressortit du sanatorium... dépendant aux deux produits, morphine et cocaïne, qu'il consomma quotidiennement tout le reste de sa vie.

Mais si Halsted est si présent dans cet article, c'est évidemment pour son énorme contribution dans le traitement du cancer du sein.

## Traiter le cancer du sein, selon le Docteur Halsted

L'idée qu'Halsted se faisait du cancer demeure encore abominablement présente dans l'esprit des médecins de notre époque, raison pour laquelle il est fondamental de l'exposer.

Pour lui, comme le cancer naît petit et inoffensif, alors il doit être facilement curable à ce stade, un peu comme on peut considérer qu'un lionceau nouveau-né est petit et incapable de mordre pendant quelques semaines, donc éventuellement facile à tuer. Seconde idée toujours en cours, le cancer ne pouvait se développer que progressivement et linéairement. On m'avait appris, par exemple, pendant mes études, qu'un temps de doublement tumoral était fixe, égal à 100 jours. C'était consternant de bêtise mais ma génération avait appris ce chiffre par cœur. Développement impérativement local, d'abord. Ensuite, impérativement loco-régional puis, impérativement diffusion générale, en fin d'évolution, dans cet ordre et de manière immuable. Ben voyons...

Comme petite tumeur était synonyme de tumeur curable puisqu'elle n'avait pas pu avoir le temps matériel de se disséminer très loin, pour se donner le maximum de chances de guérison, il fallait donc procéder à une chirurgie locale mais tout de même très, très élargie autour de celle-ci. Halsted décida donc que ses patientes devaient systématiquement se voir pratiquer l'ablation non

seulement de tout le sein, mais aussi de l'ensemble des chaînes ganglionnaires axillaires, cervicales et para-sternales, ainsi que des muscles pectoraux. En 1894, Halsted publia les résultats qu'il obtint sur une série de 50 patientes traitées de la sorte. Il n'annonça que trois récurrences, donc il se calcula 94 % de réussite<sup>10</sup>. Comme le raisonnement tenu par l'éminent chirurgien paraissait parfaitement intuitif, alors le monde entier se jeta aveuglément dans « l'intervention d'Halsted ».

Hélas, ces chiffres étaient archi-faux. On s'aperçut finalement avec quelques années de recul que sur les 25 premières femmes à avoir été opérées, 16 d'entre elles avaient récidivé ou étaient mortes : son taux de réussite dégringola donc de 94 % à 36. Sur la fin de sa vie, Halsted reconnut que 24 % des patientes qu'il avait opérées, alors que les chaînes ganglionnaires n'étaient pas envahies, étaient décédées quand même. Tout le modèle de conceptualisation du cancer du sein aurait dû s'écrouler, et pourtant non, il tient toujours.

## Un modèle évolutif qui a la vie dure

Puisqu'une large majorité de médecins avait choisi de s'en tenir au schéma halstedien, il fallait bien conceptualiser l'ensemble de la maladie liée au cancer du sein.

Tout d'abord, on dut se persuader qu'il pouvait exister une phase initiale non pathogène de la maladie, suffisamment longue pour donner aux médecins le temps de pouvoir la guérir. L'expérience en vie réelle a bien démontré le contraire : si certes, certains cancers peuvent proliférer

8. P. Bercovici & J-N. Fabiani, L'incroyable histoire de la médecine. Les Arènes BD, 2020.

9. V. Reliquet, *Médicaments psychotropes, la grande dépression*. Revue *Du Neuf pour ma santé !*, n° 11, février 2023.

10. W. S. Halsted, *The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894*. Ann Surg. 1894 Nov; 20(5):497-555).

- ▶ pendant parfois plusieurs dizaines d'année sans attenter à la vie des femmes, certains évoluent de manière absolument explosive en quelques semaines.

Ensuite, se convaincre que le traitement curatif était assez facile et sans altération majeure de la qualité de vie des femmes. C'est encore archaïque, car tout l'arsenal thérapeutique déployé autour du traitement du cancer du sein entraîne des souffrances majeures à des degrés divers, qu'il s'agisse des conséquences de la chirurgie, de la radiothérapie comme des diverses lignes de chimiothérapie disponibles.

Enfin, et non des moindres, pour partir en guerre contre le cancer du sein, il fallait pouvoir compter sur un test non iatrogène, sensible et spécifique de la maladie, suffisamment performant et reproductible pour pouvoir apporter un diagnostic de certitude plusieurs années avant l'examen clinique.

Contre toute attente, on para la mammographie de toutes ces vertus, en niant outrageusement au passage que la répétition de ces clichés pouvait aussi induire la maladie que l'on cherchait à combattre.

Selon le Docteur Bernard Duperray<sup>11</sup> : «... les cancers radio-induits représentent 1 à 5 décès pour 100 000 femmes réalisant une mammo tous les 2 ans à partir de 50 ans et 10 à 20 décès si le dépistage débute à 40 ans » et pire, «... deux expositions de deux fois 2mGy produiraient plus de cassures de l'ADN qu'une seule exposition de 4mGy, sachant que les lésions de l'ADN sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes jeunes à risque<sup>12</sup> ».



## Un jour, l'invention de la mammographie

Passons volontairement sur l'invention du sénographe F1 dans les années 1950-1960. L'histoire commence vraiment en Suède en 1977 : un travail épidémiologique important, nommé *Étude des deux comtés*, est lancé sous la direction du Docteur László Tabár (*en photo en haut*).

L'essai démarre bien. Il est réalisé à partir des 162 981 femmes âgées de 40 à 74 ans vivant dans les comtés suédois de Kopparberg et d'Ostergötland. Elles sont réparties en deux groupes par tirage au sort. Les femmes du premier groupe ne se verront proposer aucun dépistage, elle formeront le groupe témoin.

Dans le second groupe, en revanche, on demandera à ces dames de réaliser une mammographie tous les deux à trois ans en fonction de leur âge.

En 1984, on relève les résultats : ils sont miraculeux. La mortalité par cancer du sein a reculé de 31 % dans le second groupe, celui des mammographies systématiques. Tabár est encensé dans le monde entier, son travail fait l'objet d'une publication remarquée en 1985 dans la prestigieuse revue *The Lancet*<sup>13</sup> et tout l'Occident se lance avec frénésie dans la copie du modèle de dépistage suédois.

En 2006, pourtant, soit 20 ans plus tard, alors que le programme de mammographie systématique battait son plein partout dans le monde, une équipe de statisticiens emmenés par Per-Henrik Zahl et notre Danois préféré, Peter Gøtzsche, reprisent les données de Tabár et ce fut l'horreur absolue : l'étude était manifestement bidonnée d'un bout à l'autre, les dates étaient fausses et les diagnostics de décès régulièrement trafiqués.



11. <https://dr-laurentschwartz.com/wp-content/uploads/2023/03/DIU-14-03-23.pdf>

12. C. Colin *et al.*, DNA double-strand breaks induced by mammographic screening procedures in human mammary epithelial cells. *International Journal of Radiation Biology*, 2011.

13. L. Tabár, C. J. Fagerberg, A. Gad, L. Baldetorp, L. H. Holmberg, O. Grönroft, U. Ljungquist, B. Lundström, J. C. Månson, G. Eklund *et al.*, Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *The Lancet*, April 1985. 13;1(8433):829-32. doi: 10.1016/s0140-6736(85)92204-4. PMID: 2858707.



Dans le groupe mammographie, par exemple, « 13 femmes effectivement mortes d'un cancer du sein se retrouvent affublées d'une autre cause de décès ». Et à l'inverse, dans le groupe témoin, « 23 femmes supposées mortes d'un cancer du sein sont en fait décédées d'autres pathologies ». Au total, « ces manipulations concernent près de 10 % des données et jouent toutes en faveur du dépistage<sup>14</sup> ».

Ceux de mes lecteurs qui ne s'étonnent plus une seconde de ce genre de pratique en science médicale se demanderont cette fois-ci encore pour quelle raison Tabàr a pu tricher. Recherche de popularité, de fonds pour son laboratoire, espoir de pouvoir construire une aile hospitalière supplémentaire pour les nécessiteuses de son quartier ? Du tout ! Juste une recherche de fonds pour sa cassette personnelle : il s'était acquiné préalablement au lancement de son travail avec une firme qui commercialisait... des appareils de mammographie<sup>15</sup>.

Tabàr a-t-il été inquieté pour avoir falsifié son article, celui-ci a-t-il été rétracté par *The Lancet*, le monde médical a-t-il décidé de reprendre l'évaluation de la mammographie systématique ? Je n'ai pas besoin de vous donner la réponse car vous la connaissez déjà.

On pourrait se dire que si l'étude de Tabàr était bonne à être jetée au feu, il y a certainement eu d'autres travaux épidémiologiques sérieux pour confirmer ces fameux 30 % de recul de mortalité par le dépistage mammographique ? Pas vraiment, il y eut bien l'étude new-yorkaise baptisée *HIP* et précédemment réalisée en 1963<sup>16</sup>. Elle rapportait des résultats analogues à ceux des « deux comtés » et, à son tour, sa méthodologie fut étrillée par la suite, à un point tel qu'aujourd'hui plus personne ne souhaite l'utiliser dans la moindre méta-analyse.

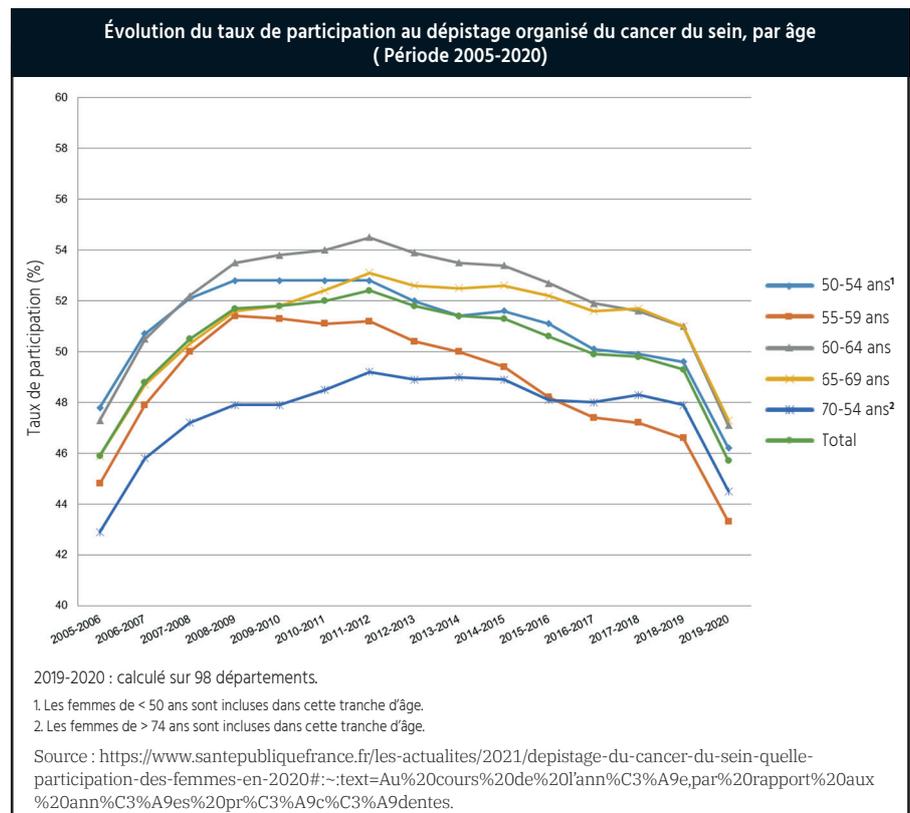
Au final, ce fut un feu roulant de résultats défavorables aux « 30 % ». Une étude massacrante en 2000, parue dans *The Lancet*, puis dans *Cochrane* en 2001, 2009<sup>17</sup> et 2011 –

même la revue française *Prescrire* vint porter l'estocade en 2007 –, tous décrivant des études déplorables à l'appui de ces allégations d'efficacité.

## Quels résultats pour la mammographie systématique ?

À n'en pas douter, un engouement mondial pour la mesure... Tout du moins, jusqu'en 2011, où les femmes commencèrent à nettement se détourner de l'examen, tout du moins en France, comme le démontre le schéma ci-dessous.

Pas moins de 2,5 millions de Françaises y auraient encore souscrit en 2020<sup>18</sup>, année noire de la Covid-19 ▶



14. P. H. Zahl, P. C. Göttsche, J. M. Andersen, J. Maehlen, *Results of the Two-County trial of mammography screening are not compatible with contemporaneous official Swedish breast cancer statistics*. *Dan Med Bull.*, 2006 Nov;53(4):438-40. PMID:17150148.  
 15. C. Riva, J. Biollaz, P. Foucras, P. Junod, P. Nicot, J. P. Spinosa, *Effect of population-based screening on breast cancer mortality – Correspondence*. *The Lancet*, Volume 379, issue 9823, page 1296, April 7 2012.  
 16. S. Shapiro, *The status of breast cancer screening: a quarter of a century of research*. *World J Surg.* 1989 Jan-Feb;13(1):9-18. doi: 10.1007/BF01671148. PMID: 2658359.  
 17. P. C. Göttsche & M. Nielsen, *Screening with mammography*. *Cochrane Review*, oct. 7, 2009, issue 4.  
 18. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2020#:~:text=Au%20cours%20de%20l'ann%C3%A9e,par%20rapport%20aux%20ann%C3%A9es%20pr%C3%A9c%C3%A9dentes.>

► qui vit la machine sanitaire se mettre totalement à l'arrêt. Or, l'incidence du cancer du sein est en hausse depuis 1990<sup>19</sup> et non depuis la chute de la fréquentation dans les cabinets de mammographie. Santé Publique France (SPF) nous annonce fièrement que les 5 millions de dépistages effectués en 2017-2018 auraient permis de dépister 40 000 cancers, soit un ratio de 7,6 tumeurs malignes pour 1 000 femmes dépistées.

Le cancer du sein aurait finalement tué 12 000 femmes en 2018, chiffres de SPF. Il n'y a aucun doute que la maladie frappe cruellement mais là encore, ces chiffres de mortalité sont sujets à caution.

Que représentent-ils, tous les décès induits par les complications liées au traitement sont-ils inclus ? Il est probable que non, il ne s'agit probablement encore une fois que d'une « mortalité nette » : les chiffres de morts par complications post-thérapeutiques ne sont probablement pas ajoutés, puisque ces décès ne sont pas directement reliés à la maladie originelle.

## DÉCOUVERTES DE NOUVEAUX GÈNES IMPLIQUÉS DANS LE CANCER DU SEIN

Le Professeur Jacques Simard de l'Université Laval à Québec (Canada) et le Professeur Douglas Easton de l'Université de Cambridge (Angleterre) ont mené une étude leur permettant d'identifier de nouveaux gènes associés au risque de cancer du sein.

À l'heure actuelle, les tests ne prennent en compte que quelques gènes à haut risque (*BRCA1*, *BRCA2* et *PALB2*) qui n'expliquent pas entièrement la susceptibilité génétique de certaines personnes à la maladie. L'étude a permis d'identifier au moins quatre nouveaux gènes qui contribueront à mieux comprendre le risque génétique de cancer du sein, tout en fournissant des informations cruciales sur les mécanismes biologiques sur lesquels repose le développement du cancer, ouvrant peut-être la voie à de nouveaux traitements.

### ► RÉFLEXION AUTOUR DE « L'EFFET CISEAU »

Et puis finalement, à quoi peut bien servir une campagne de dépistage qui fait augmenter le nombre de cancers diagnostiqués si on n'obtient pas en retour une baisse de la mortalité ?

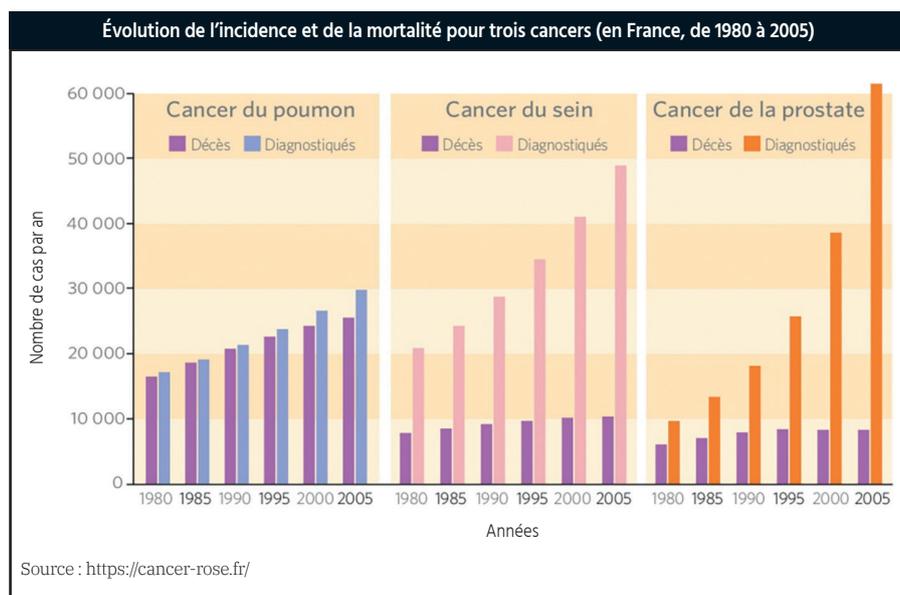
Il s'agit bien ici du premier critère incontournable pour défendre l'idée d'une mammographie systématique, mais nous verrons qu'il peut y avoir d'autres objectifs connexes.

Regardez le schéma ci-dessous, qui expose trois maladies différentes : cancer du poumon, du sein et de la prostate, et constatons ce qui se

passé pour les deux cancers qui nous occupent, ceux pour lesquels il existe un dépistage « précoce ». Pour la localisation pulmonaire où l'on est à ce jour incapable de réaliser un dépistage de masse, la mortalité suit de très près le décès.

En clair, le malade expose généralement un signe défavorablement connu (une hémoptysie<sup>20</sup>, un essoufflement, une auscultation anormale, une opacité radiographique, etc.), faisant porter un diagnostic de maladie déjà avancée que le traitement ne peut guérir. Le patient décède malgré les soins, quelques temps plus tard.

Mais s'agissant de notre cancer du sein, c'est tout l'inverse : le dépistage systématique met à jour une foule de nouveaux cancers, souvent de petite taille et non agressifs. Ils sont pour la plupart traités, non seulement rapidement mais souvent avec vigueur (radio-chimiothérapies adjuvantes, anti-œstrogènes, anticorps monoclonaux...) et pourtant, la mortalité ne se trouve en rien concernée par tous ces efforts et semble évoluer de manière parfaitement indépendante par rapport au nombre de diagnostics portés. Les courbes de diagnostic et de mortalité se séparent contre toute attente et contre toute idée intuitive : c'est



19. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-juillet-2023-n-12-13>

20. Issue de sang à partir des voies respiratoire après un effort de toux : ce signe n'est toutefois pas caractéristique de cancer bronchique.

« l'effet ciseau ». Son origine principale est bien connue mais pas toujours admise, nous voici face à une monstruosité que le monde médical a bien du mal à admettre, ce que l'on appelle le *surdiagnostic*.

## Qu'est-ce qu'un surdiagnostic ?

Nous voilà dans le marigot sémantique, le lieu de toutes les empoignades entre radiologues, gynécologues, chirurgiens et épidémiologistes de tous les pays. D'abord, pour certains, le concept même de surdiagnostic est une incongruité<sup>21</sup>, une vue de l'esprit stupide visant à détruire la crédibilité du corps médical et sa noble mission. Si un chien est chien, c'est qu'il n'est pas un chat, ni un surchien non plus puisque ça n'existe pas. Donc, un diagnostic est un diagnostic et les surdiagnostics n'existent pas plus que les surchiens. Bon.

Chez les confrères dotés d'une ouverture d'esprit un peu plus large, le doute s'insinue, non pas sur l'existence d'un mais de deux types de surdiagnostics possibles.

Le premier, c'est le **faux diagnostic par excès**, très fréquent, qui peut partir de la constatation suivante. Imaginons qu'une image mammographique soit très anormale, hautement suspecte de cancer, et que la biopsie n'ait pas pu trancher : on décide alors, dans le doute et dans

l'intérêt de la patiente, d'effectuer une tumorectomie avec éventuellement prélèvement du premier ganglion lymphatique situé dans le creux axillaire, le fameux ganglion sentinelle. On imagine la souffrance et la détresse morale de la pauvre femme en pleine forme que l'on vient de foudroyer avec un diagnostic de « cancer probable », et les répercussions possibles dans sa vie jusqu'au jour de l'intervention et parfois même bien au-delà.

Les prélèvements opératoires sont passés au crible de la sagacité de nos anatomo-pathologistes et le diagnostic revient : pas le moindre cancer. On a beau expliquer alors à la dame « *qu'elle l'a échappé belle* », « *que cette tumeur ne pourra plus se canceriser dorénavant* », « *qu'elle pourra vivre délivrée de toute crainte à présent* », souvent, les femmes remercient les équipes mais tairont toute leur vie les éventuelles douleurs physiques comme morales nées d'une telle mésaventure.

On ne peut pas jeter la pierre à l'équipe chirurgicale de lui avoir proposé la chirurgie car, face à une image radiologique très atypique, les femmes elles-mêmes réclament spontanément un geste d'ablation tumorale pour pouvoir vivre sans crainte d'un cancer fatal en cas de prise en charge trop différée.

Ce premier problème est évidemment de taille, et très fréquent. Mais celui qui suit est pire encore.

Le second, c'est le **vrai diagnostic par excès**. Admettons à présent qu'une image mammographique de dépistage systématique ait effectivement identifié un cancer authentique, confirmé par la biopsie. La chirurgie devient naturelle et évidente, très peu discutée en Europe. Imaginons qu'une fois opérée, la « malade » ne récidive jamais et guérisse parfaitement, qu'en déduire ? Que la prise en charge a sauvé la patiente, évidemment, et celle-ci sera même la première à claironner sa joie d'avoir été sauvée par la mammographie de dépistage... En espérant, évidemment, qu'aucune complication post-thérapeutique grave ne vienne émailler le devenir de sa vie ultérieure.

Mais à y regarder de près, qu'est-ce qui peut nous assurer que le traitement lui a bien sauvé la vie ? Qu'est-ce qui peut déboucher sur cette certitude que la tumeur aurait été suffisamment agressive pour attenter la durée de son existence ? Qui peut nous donner un pronostic d'extension loco-régional, voire métastatique, pour chaque tumeur ? Rien ni personne, c'est hélas tout le problème. Le pronostic évolutif de la plupart des cancers du sein n'est pas mesurable à l'aune de nos connaissances actuelles. Tous les médecins du monde ont connu des patientes décédées d'un cancer du sein avec une mammographie normale l'année précédente, ou avec une taille tumorale ridicule lors de sa découverte, ou même avec une mammographie toujours normale.

À l'inverse, des photographies de tumeurs mammaires énormes, supérieures à 15 cm de diamètre, ayant évolué pendant plus de trente ans sans créer la moindre complication locale ou générale remplissent tous les manuels de sénologie. ►

## SURDIAGNOSTIC, PAS QUE POUR LE CANCER DU SEIN !

Parue dans la revue *The New England Journal of Medicine*, une étude du CIRC (Centre international de la recherche sur le cancer) de Lyon met en évidence que plus de 470 000 femmes et 90 000 hommes pourraient avoir fait l'objet d'un surdiagnostic de cancer de la thyroïde en l'espace de 20 ans dans 12 pays développés (Australie, Danemark, Angleterre, Finlande, France, Italie, Japon, Norvège, République de Corée, Écosse, Suède et États-Unis). Les chercheurs estiment que l'introduction des échographies, notamment en Italie et en France, mais surtout au Japon, a généré une augmentation très importante de ce phénomène.

21. D. Chaltiel, C. Hill, *Estimations of overdiagnosis in breast cancer screening vary between 0% and over 50%: why? BMJ Open*, 2021;11:e046353. doi:10.1136/bmjopen-2020-046353.

► On comprend alors brutalement toute l'étendue de la problématique : la mammographie systématique permet de découvrir aussi des cancers sans aucune dangerosité vitale, parfois même susceptibles de pouvoir disparaître spontanément de manière complète, métastases y compris, et ce dépistage se glorifie au passage de les avoir guéris alors que ces tumeurs n'auraient jamais rendu personne malade.

## L'apport incroyable des études autopsiques

On l'a compris, plus la technique se précise et plus les diagnostics de cancer du sein deviennent nombreux. Voilà qui n'est pas fait pour rassurer, surtout si la liaison cancer-mortalité peine à se faire jour. Des médecins légistes eurent l'idée de pousser la recherche à son paroxysme. Après tout, il faut savoir, sur une population de femmes jeunes et décédées d'autres causes que le cancer du sein, quelle proportion d'entre elles était déjà porteuse de cellules malignes ?

Un article fit grand bruit dès sa parution en 1987, quand Nielsen *et al.* dévoilèrent les résultats de 110 autopsies réalisées chez des femmes âgées entre 20 et 54 ans. On découvrit des cancers du sein déjà présents chez 20 % d'entre elles alors qu'une seule s'en savait porteuse<sup>22</sup>.

Même si toutes les études autopsiques n'ont pas rapporté de résultats aussi

faramineux<sup>23</sup>, force est de constater que le réservoir de diagnostics demeure encore plus immense que celui par la mammographie, la course au diagnostic précoce pourrait donc n'être qu'une énorme erreur de stratégie médicale.

## Mammographies systématiques contre médecins rebelles

Ce qui manque le plus à notre médecine actuelle ce sont les vilains petits canards, les empêcheurs de tourner en rond, les pinailleurs de certitudes et ceux qui ont du mal à faire ce qu'on leur dit de faire.

Nous entrons ici dans une galaxie de chercheurs et de médecins illustres pour qui la majorité ne fait pas la vérité, chez qui le consensus partagé induit plutôt un doute naissant.

Certains auteurs francophones ont considérablement aidé à la réflexion sur cette histoire de mammographie systématique.

On peut citer le Docteur Bernard Duperray<sup>24</sup>, dont les travaux m'ont énormément aidé à la préparation de ce dossier. *Idem* s'agissant du Docteur Gérard Delépine<sup>25</sup>, du Docteur Cécile Bour<sup>26</sup>, présidente de l'association *Cancer Rose*<sup>27</sup> (à ne surtout pas confondre avec la machine à cash dénommée *Octobre Rose*), et du Docteur Philippe Autier<sup>28</sup>.

De gauche à droite et de haut en bas, les docteurs Duperray, Delépine, Bour et Autier



Tous les quatre ont considérablement travaillé sur ce concept si gênant pour la médecine que représente ce fameux écueil du surdiagnostic.

Tout le monde s'accorde à dire que nos méthodes de diagnostics anatomopathologiques sont correctes pour identifier les cancers, mais ces médecins-là nous crient jour après jour que rien ne les relie à un pronostic linéairement défavorable avec le temps...

Les études sur la questions se suivent et s'accumulent. Le surdiagnostic frapperait les Danoises entre 38,6 et 48,3 % des cas<sup>29</sup>. Le Docteur Autier, dans son étude mentionnée précédemment, ose le chiffre de 30 à 50 %.

Pour le Docteur Per-Henrik Zahl : « *Il n'y a donc pas de réduction de la mortalité totale. Les femmes devraient recevoir des informations à ce sujet*<sup>30</sup> ».

Pour le Docteur Peter Gøtzsche, il n'y a pas d'autres conclusions possibles :

22. M. Nielsen, J. L. Thomsen, S. Primdahl, U. Dyreborg, J. A. Andersen, *Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: a study of 110 medicolegal autopsies*. *Br J Cancer.*, 1987, Dec;56(6):814-9. doi: 10.1038/bjc.1987.296. PMID:2829956; PMCID: PMC2002422.

23. H. G. Welch *et al.*, *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*. Beacon Press, Boston (États-Unis), 2011.

24. B. Duperray, *Dépistage du cancer du sein, la grande illusion*. Thierry Souccar Éditions, 2019.

25. <https://www.youtube.com/watch?v=BjSTY0mmWJ4>

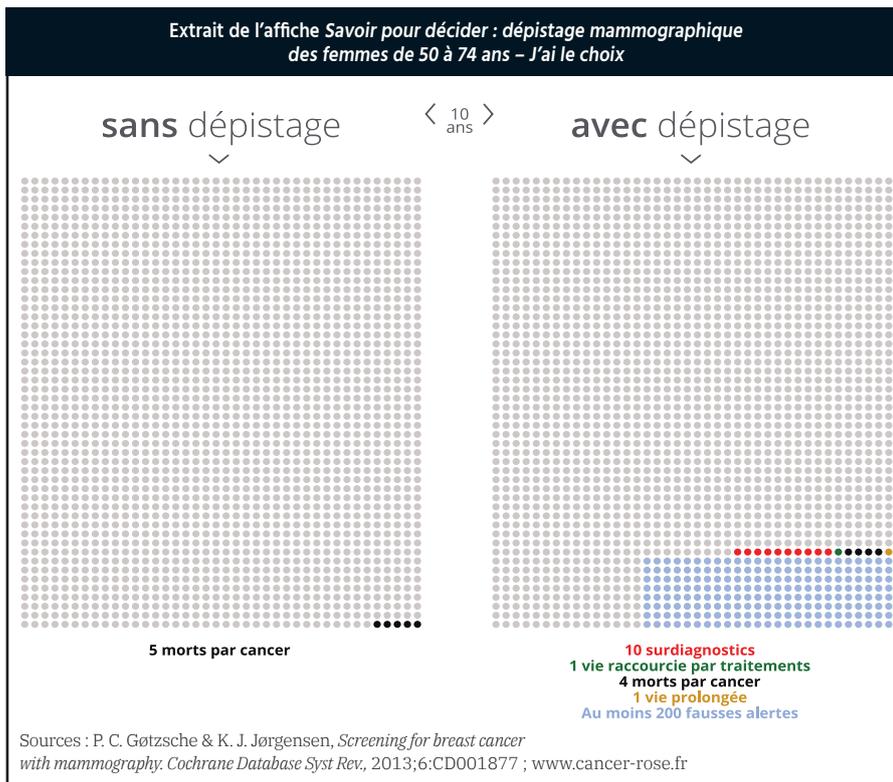
26. C. Bour, *Mammo ou pas mammo ?* Thierry Souccar Éditions, 2021.

27. <https://cancer-rose.fr/>

28. P. Autier, M. Boniol, *Mammography screening: a major issue in medicine*. *Eur J Cancer.*, 2018 Feb;90:34-62. doi:10.1016/j.ejca.2017.11.002. Epub 2017 Dec 20. PMID: 29272783.

29. K. J. Jørgensen, P. C. Gøtzsche, M. Kalager, P-H. Zahl, *Breast cancer screening in Denmark: a cohort study of tumor size and overdiagnosis*. *Ann Intern Med.*, 2017;166(5):313-323. DOI: 10.7326/M16-0270

30. <https://tidsskriftet.no/2013/08/kommentar-og-debatt/informasjonen-om-mammografiscreening-er-ikke-noytral>



à la firme *AstraZeneca*, spécialiste mondial en médicament de chimiothérapie anticancer... du sein ! Rajoutez les intérêts particuliers des vendeurs de mammographes, des radiologues, des chirurgiens sénologues, des radiothérapeutes, des politiciens et ajoutez, pour finir, tous les décideurs qui ont poussé à la mesure depuis 1990 et qui n'ont aucune envie que de leur vivant on leur expose toute l'étendue des failles de leurs carrières : en haut lieu, il faudra toujours défendre la mammographie systématique.

## Repenser le cancer ?

Soyons réalistes, à présent. Nous avons compris que les femmes qui se soumettent à ces examens non seulement ne vivent pas plus longtemps que les autres mais, régulièrement, s'angoissent des résultats possibles... Parfois, voire souvent... pour rien.

La mammographie peut induire des cancers du sein. L'attentisme pourrait parfaitement les voir régresser, car seuls 20 à 30 % d'entre eux deviendraient réellement agressifs, et au bout de vingt ans seulement<sup>34</sup>, pas moins de 22 % des tumeurs repérées en mammographie pourraient régresser spontanément jusqu'à devenir indétectables au bout de 6 ans<sup>35</sup>.

J'aime le schéma qui suit (*cf. page suivante*) plein d'espoir, publié par le Docteur Duperray, qui montre qu'en matière de cancer, aucune situation pourrait être figée et encore moins désespérée. À le lire, on comprend que même une diffusion métastatique pourrait dans certaines circonstances involuer favorablement. ▶

« Le dépistage a entraîné un surdiagnostic et un surtraitement de 30 %, soit une augmentation du risque absolu de 0,5 %. Cela signifie que pour 2 000 femmes invitées à se faire dépister pendant 10 ans, une verra sa vie prolongée et 10 femmes en bonne santé, qui n'auraient pas été diagnostiquées s'il n'y avait pas eu de dépistage, seront traitées inutilement. De plus, plus de 200 femmes connaîtront une détresse psychologique importante pendant plusieurs mois à cause de résultats faussement positifs<sup>31</sup> ».

### ▶ OCTOBRE ROSE, LA HONTE INDUSTRIELLE

Nous avons tous vu nos grandes capitales occidentales se couvrir en septembre de rubans roses placardés sur des affiches publicitaires, théoriquement destinées à la promotion de marques de lessive.

Le phénomène n'épargne même pas nos campagnes (*ci-dessous*).



Semi-marathons, campagnes de presses, célébrités dénudées... rien n'est épargné pour pousser toujours plus de femmes de tous les âges à la réalisation de mammographies sauvages<sup>32</sup>.

C'est bien organisé, mondialement concerté même, et ce n'est pas un hasard puisqu'*Octobre Rose* appartient à *Breast Cancer Awareness Month*<sup>®</sup>, une marque déposée appartenant

31. P. C. Gøtzsche & M. Nielsen, *Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev.*, 2011 Jan 19;(1):CD001877.

doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.*, 2013;6:CD001877. PMID: 21249649.

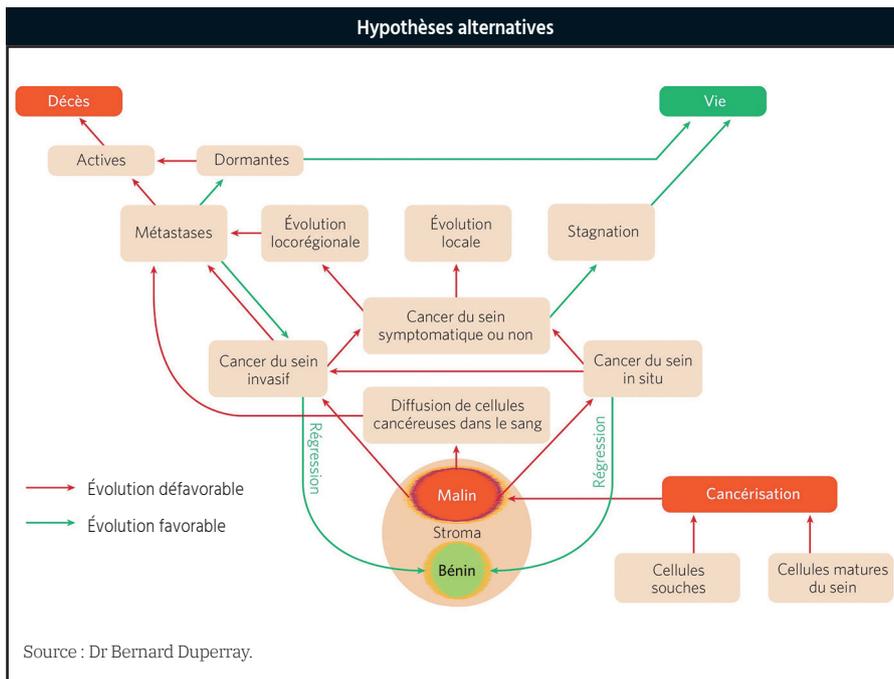
32. <https://www.youtube.com/watch?v=BjSTY0mmWJ4> à 8

33. A. B. Miller, C. Wall, C. J. Baines, P. Sun, T. To, S. A. Narod, *Twenty-five-year follow-up for breast cancer incidence and mortality*

*of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ.*, 2014 Feb 11;348:g366. doi:10.1136/bmj.g366. PMID: 24519768; PMCID: PMC3921437.

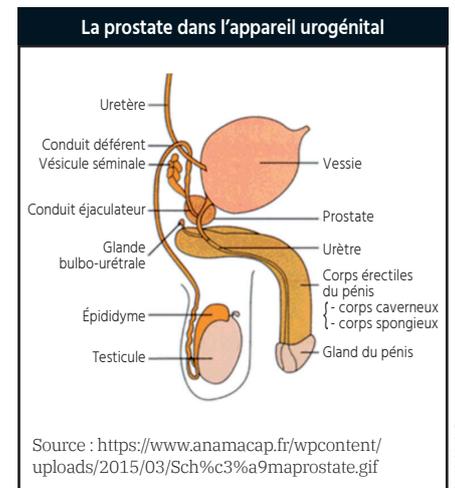
34. *Nature*, volume 527, 19 novembre 2015, S 114.

35. R. M. Kaplan, F. Porzolt, *The natural history of breast cancer. Arch Intern Med.*, 2008 Nov 24;168(21):2302-3. doi:10.1001/archinte.168.21.2302. PMID: 19029491.



les prouesses sexuelles déclinantes tendent à lui trouver plus d'inconvénients que d'utilité, la prostate vient se loger dans le petit bassin au niveau d'un carrefour anatomique particulièrement stratégique.

Située entre la vessie en haut et en avant, le rectum en arrière, elle est traversée de haut en bas par l'urètre sur lequel viennent s'aboucher les canaux éjaculateurs.



La prostate sécrète le liquide séminal et sa contraction provoque en partie l'éjaculation. L'innervation, la vascularisation comme le réseau lymphatique de cette zone fait d'elle l'une des plus complexes de l'anatomie humaine ce qui explique que dans cette zone, tout geste prétendument thérapeutique mais mal contrôlé peut rapidement virer à la catastrophe, essentiellement dominée par l'impuissance et l'incontinence urinaire, régulièrement définitives, tellement mal supportées souvent que les malades atteints préfèrent se suicider plutôt que de vivre ainsi diminués le reste de leur vie.

Cancer le plus fréquent chez l'homme et le troisième plus mortel, il est évident que « le cas François Mitterrand »,

► S'agissant de cet examen radiographique sauvage, les Suisses ont possiblement ouvert la voie à une nouvelle ère, le jour où leur Swiss Medical Board a déclaré : « Les campagnes de santé publique donnent souvent aux femmes un message simple : la mammographie sauve des vies. Mais les données scientifiques derrière sont si floues que les experts ne parviennent pas à se mettre d'accord sur qui a vraiment besoin d'être dépisté. (...) Le Swiss Medical Board soutient la suppression pure et simple des campagnes de dépistage<sup>36, 37</sup> ».

les risques. Ni l'âge de début de surveillance, ni la périodicité des examens éventuels ne reposent sur des données solides<sup>38</sup> ».

Donc, tout reste à refaire en matière de dépistage intelligent des cancers agressifs du sein.

En attendant que la science progresse, il ne nous reste plus qu'une seule piste : celle de la prévention acharnée de la maladie (nous y reviendrons en détail dans un prochain numéro).

L'heure est venue de se pencher sur les prostates de ces messieurs : personne ne court pour eux, ni ne leur accroche le moindre ruban rose, pourtant ils le valent bien.

## L'homme, la prostate et son PSA

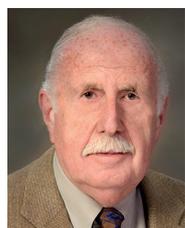
Régulièrement surnommée « la glande inutile », particulièrement par les hommes vieillissants dont

Étonnant ? Pas tellement. Voici comment concluait la revue française *Prescrire* en 2016 : « Chez les femmes à risque élevé de cancer du sein, notamment en raison de leur histoire familiale, l'absence de certitude concernant les bénéfices, les risques et les modalités optimales du dépistage rendent raisonnables de nombreuses options : dépistage par IRM selon les résultats génétiques et l'analyse généalogique ; et parfois absence de dépistage vu les incertitudes sur les bénéfices et

36. <https://www.santenatureinnovation.com/la-mammographie-sauve-des-vies-oui-mais/>  
 37. C. Riva, *Les profiteurs du mammo-Business*. <https://www.sept.info/mammo-business-14>  
 38. <https://www.prescrire.org/fr/3/31/52229/0/newsdetails.aspx>

mort dans d'atroces souffrances liées à une foule de métastases osseuses générées par son cancer prostatique, n'a pas aidé à apaiser le débat dans les années 2000 : tous les hommes voulaient qu'on leur réalise un dosage annuel de PSA.

Le PSA, ou *prostatic specific antigen*, a été isolé dans les années 1970 aux États-Unis par un chercheur qui n'avait pas sa langue dans sa poche, comme nous le verrons bientôt : le



Docteur Richard J. Ablin (photo).

Les limites posées par le dosage du PSA furent très vite évidentes : des taux élevés se rencontrent dans une foule de cas, cancer certes mais aussi hypertrophie bénigne, ou infection de la prostate, pratique assidue du vélo, consommation d'ibuprofène et même... rapports sexuels fréquents, ce que tous les quinquagénaires se targuent de réaliser auprès de leurs amis, évidemment.

Donc, les faux positifs abondent autour de ce test, mais ce que les testés (et souvent leurs médecins testeurs) ne savent pas, c'est que certains cancers de la prostate ne secrètent pas une once de PSA<sup>39</sup>.

Avec sagesse, on décida donc au début de la saga du PSA qu'on réserverait son dosage non pas à visée diagnostique, où il serait obligatoirement lamentable, mais simplement en suivi des cancers prostatiques PSA-sécrétants. Seulement voilà. Qu'importe si ce dosage se montre si calamiteux en routine, il arrive juste après que la



© Adbbe Stock.

médecine a dû se détacher de son outil prédictif antérieur, les PAP, ou phosphatases acides prostatiques, pour cause d'indigence encore plus avérée. Il y avait donc un magnifique créneau à prendre sur l'énorme marché des tests diagnostiques de cancers prostatiques, tant réclamés par les hommes inquiets (parfois par leur propre femme), que par les urologues.

On galvauda alors tant et plus le test du PSA, si bien que de plus en plus d'industriels américains se ruèrent à l'élaboration de kits diagnostics à disposition des laboratoires d'analyses de la planète entière, et le délire mondial commença, ce qui fit dire à Ablin, son inventeur, cité précédemment : « *La catastrophe, c'est que les gens ont commencé d'utiliser le test PSA hors prescription .../... Il y a eu un tsunami chez les urologues*

*quand ils ont commencé à employer le test à partir de 1986. C'était proprement criminel, parce qu'ils l'ont utilisé pour détecter de nouveaux cancers alors qu'il n'était approuvé que pour le suivi des patients*<sup>40</sup> ».

En général, quand la polémique enfle sur un sujet précis en médecine dite « moderne », on se réfère toujours au graal absolu, à l'étude épidémiologique. La Science et la Vérité parlent toujours de concert par ce biais aux hommes égarés, inutile de tergiverser, même si certains vermiseaux tentent de vous écarter de la vraie foi<sup>41</sup>.

En 2014, est publiée une énorme étude européenne colligeant le devenir de 160 000 hommes issus de sept pays : l'étude *ERSPC*<sup>42</sup>. Les tenants du PSA systématique exultent, les hommes auraient 21 %

39. J. M. Monda, M. J. Barry, J. E. Oesterling, *Prostate specific antigen cannot distinguish stage T1a (A1) prostate cancer from benign prostatic hyperplasia.*

*J. Urol.*, 1994 May;151(5):1291-5. doi: 10.1016/s0022-5347(17)35234-5. PMID: 7512660. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7512660/>

40. E. J. Topol & R. J. Ablin, *PSA test is misused, unreliable, says the Antigen's Discoverer.* August 08, 2014. <https://www.medscape.com/viewarticle/828854>

41. V. Reliquet, *La médecine basée sur les preuves, ça n'existe pas.* Revue Du Neuf pour ma santé !, n° 8, novembre 2022.

42. F. H. Schröder et al., *Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up.*

*The Lancet*, 2014 Dec 6;384(9959):2027-35. Epub, 2014 Aug 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108889/>

► de risques en moins de mourir d'un cancer de la prostate en se faisant dépister régulièrement, alors qui pour oser barguigner face à des résultats pareils ?

En fait, à l'issue de ce travail, même les auteurs de l'étude ne recommandent pas le dosage du PSA, et pour une raison évidente : parce que si ce taux de 21 % vous a convaincus, c'est que vous avez avalé l'hameçon, le leurre, la ligne et le pêcheur avec !

Car ces 21 % ne représentaient qu'une restriction de risque relatif, pas absolu (cf. page 14, *Le petit calcul statistique du mois*).

En clair, le suivi par PSA régulier de 1 000 hommes pendant 13 ans induisait 4 morts par cancer de la prostate, contre 5 sans aucun suivi : diminution de 5 à 4 morts, soit 20 % de réduction de risque relatif, certes, mais de seulement un homme sur 1 000 tous les 13 ans en réduction de risque absolu ! Soit rien en faveur du PSA systématique, l'épaisseur d'un trait, et encore : personne n'a encore évoqué les souffrances de tous les hommes qui ont été dépistés et surtraités pendant 13 ans. On retrouve exactement le schéma publié précédemment par *Cancer Rose* (cf. page 9).

Je ne vous ai pas tout dit sur *ERSPC*. Seuls les hommes entre 65 et 69 ans ont montré un avantage au dépistage par PSA, pas les autres, plus vieux ou plus âgés. Mais le miracle des statistiques diafoiresques a finalement réussi à tirer une règle intangible pour tous les plus de 54 ans<sup>43</sup>.

Résultat déjà faux qui, de plus, a été étendu aux Français alors que leurs

résultats n'avaient pas été inclus dans le calcul final, car leur panel n'a été suivi que 9 ans au lieu des 13 initialement décidés.

Résultat rendu encore plus ridicule quand on s'aperçoit que seuls les Pays-Bas et la Suède ont réellement validé ces résultats. Il ne s'est rien passé, par exemple, en Finlande, où pourtant 80 000 hommes ont été suivis, un sur deux dans cette étude. Donc, pour un résultat microscopique obtenu dans deux pays sur sept, soit sur à peine 30 % du panel et pour une seule tranche d'âge 65-69 ans, les fans de l'étude *ERSPC* continuent de nous pousser à perpétuer ce dépistage inepte. Sans compter qu'en plus, les données brutes de l'étude ont été mises sous clé et n'ont jamais été livrées aux scientifiques indépendants ! Plus louche que ça, vraiment...

Vous me direz, il y a bien eu une autre étude d'ampleur dans le monde traitant du même sujet ? Bien sûr, deux ans auparavant aux États-Unis, une étude dénommée *PLCO*<sup>44</sup>... et qui a démontré l'inutilité absolue du PSA en dépistage du cancer de la prostate. Pas de chance. Les années 2000 ont vu les fans du PSA reprendre du poil de la bête. On pouvait extraire de celui-ci une

fraction libre (L) et le diviser par le taux de PSA total (T). Un rapport L/T compris entre 0,25 et 1 devait laisser imaginer une absence de cancer, dont la présence devient possible pour un rapport compris entre 0,25 et 0,15, et suspect si celui-ci revenait inférieur à 0,15.

Et alors ? Quel cancer est à traiter, lequel n'est qu'à surveiller ou simplement à oublier ? Toujours aucune aide.

Attention à l'avenir : après avoir aimé les PAP et les PSA, vous allez adorer les PSE, ou *prostate screening EpiSwitch*, on nous annonce déjà 94 % de dépistage positif chez les porteurs de cellules prostatiques cancéreuses<sup>45</sup>. Décidément, on n'a pas fini de tous nous prendre pour des truffes, hommes comme femmes.

Il est vraiment grand temps de s'intéresser à la prévention de toutes ces maladies, le seul levier que nous avons vraiment en main.

Vous avez le bon journal pour ce faire alors patience, je vous promets de très belles découvertes pour bientôt... I

**Docteur Vincent Reliquet**

## PRÉVENIR LE CANCER DE LA PROSTATE DANS VOTRE ASIETTE !

Un régime *low carb*, pauvre en glucides et riche en protéines, pourrait protéger du risque de cancer de la prostate. Voici la conclusion d'une petite étude de cohorte suédoise, menée à l'Université d'Uppsala, qui paraît dans *Nutrition and Cancer*.

Suivi pendant 13 ans, les participants qui adhéraient le plus au régime faible en glucides et riche en protéines avaient un risque de cancer de la prostate réduit de moitié. Pour cause, selon l'étude : un important apport en sélénium qui réduirait l'incidence du cancer de la prostate et dont les principales sources sont les produits animaux (poisson, viande, œufs).

En revanche, l'étude a mis en évidence que le fait de suivre un régime de type méditerranéen n'était lié ni à une diminution de l'incidence du cancer de la prostate, ni à son augmentation.

43. J. Anso, *Santé, mensonge et (toujours) propagande*. Thierry Souccar Éditions, 2018.

44. G. L. Andriole et al., *Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial:*

*mortality results after 13 years of follow-up*. J Natl Cancer Inst., 2012 Jan 18;104(2):125-32. 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22228146/>

45. [https://www.lepoint.fr/sante/un-nouveau-test-sanguin-pour-mieux-depister-le-cancer-de-la-prostate-14-02-2023-2508581\\_40.php](https://www.lepoint.fr/sante/un-nouveau-test-sanguin-pour-mieux-depister-le-cancer-de-la-prostate-14-02-2023-2508581_40.php)

# Marcelle... et l'ordonnance automatique

**M**arcelle en a vu et en a connu des choses, en 95 ans d'existence. Trois guerres, dont celle d'Algérie, qui lui a emporté son petit dernier.

Depuis quelques années, le temps paraissait s'être arrêté dans cette maison de retraite, où seule l'heure des repas semble encore pouvoir intéresser certains pensionnaires.

Mais aujourd'hui, Marcelle, sans raison, vomit depuis trois heures du matin.

Évidemment, on ne m'appelle qu'à 16 h. Alors, je la fais venir à mon cabinet, malgré les récriminations habituelles, car j'ai ma petite idée.

Dès son arrivée, elle est prise en charge : direction l'électrocardiogramme. Et ce qui était redouté se confirme : Marcelle déroule un tracé ECG d'infarctus massif. Classique chez les vieillards et les diabétiques, en cas d'infarctus. Les seuls vomissements prennent régulièrement la place des classiques douleurs thoraciques : direction les Urgences.

Deux semaines plus tard, Marcelle rentre à son domicile. Je reçois une lettre du service de Cardiologie qui mentionne, entre autres, ceci : « *Natrémie à 132 mEq/l, bilan hépatique sans particularité (hormis GGT à 53 U/l), cholestérol total à 1,08, LDL-cholestérol à 0,52, HDL-cholestérol à 0,31, triglycérimidie à 1,25 g/l.*

À ceux qui imaginent que le cholestérol donne des infarctus, comment expliquer que Marcelle en ait présenté un énorme avec un pauvre LDL-CHO dosé à 0,52... Mais la surprise est encore ailleurs.



Plus loin, le cardiologue me donne le nouveau traitement de Marcelle, et là, évidemment, tout dérape : « *Le traitement de transfert comporte :*  
- Kardégic, 75 mg par jour,  
- Atorvastatine, 20 mg le soir,  
- Eupantol, 20 mg le soir.

C'est à ne pas croire, mais un cardiologue a prescrit une statine double dose à une dame de 95 ans qui fait déjà montre d'un niveau de cholestérol effondré !

Cerise sur le gâteau, prescription associée d'un IPP pour se mettre à l'abri d'un saignement gastrique lié à l'ordonnance d'aspirine, mais en se désintéressant totalement des risques neuropsychiatriques, rénaux, osseux...

C'est ainsi que s'expose, inexorablement, et tous les jours, une plaie

béante de la médecine moderne : l'ordonnance automatique.

Sans plus aucune réflexion pour aménager un soin en fonction des caractéristiques spécifiques des patients rencontrés. Infarctus ?

La récitation commence : statine très dosée, aspirine, IPP, diurétique, bêtabloquant, anticoagulant. Pour tous.

J'ai bien envoyé un petit mail incendiaire à mon confrère, que je connais bien, mais je n'ai jamais obtenu la moindre réponse de sa part.

A-t-il réalisé qu'il valait effectivement mieux que je ne suive pas parfaitement l'ensemble de ses recommandations et que je m'autorise une certaine liberté thérapeutique dans l'intérêt de notre pauvre Marcelle ?... |

## Restriction de risque d'accord, mais relatif ou absolu ?

Ne fuyez pas à cause d'une question aussi banale, vous devez comprendre le cœur du secret des marchands de certitudes épidémiologiques, car ils transforment régulièrement un résultat sans intérêt en découverte médicale sans précédent. À vous de passer « derrière la scène » et de comprendre comment ces magiciens malhonnêtes peuvent, sans mentir vraiment, vous amener à penser ce qu'ils veulent.

Nous l'avons vu dans l'article précédent avec l'étude ERS-PC, ce risque de 21 % en moins de mourir d'un cancer de la prostate si vous vous faites dépister par PSA systématique... Qui se termine en 0,1 %, si le calcul est effectué autrement. Vous vous souvenez ? Il est temps d'expliquer le tour de magie.

Prenons un exemple simple. Je prépare une tombola dans laquelle je vais émettre 1 000 billets : il y a un gros lot pour l'unique tiré au sort. Si vous achetez un seul billet, vous avez juste une chance sur mille ou 0,1 % de chance de gagner... Vous me suivez ? C'est votre risque absolu de gagner le gros lot.

Mais si je peine à vendre mes 1 000 billets : je vais être tenté de vous donner envie d'en acheter plusieurs, et comme je suis très malin, je vais vous parler en risque relatif, ce qui va vous faire réfléchir autrement. Je vous glisse dans l'oreille qu'en m'achetant un second billet, vous doublez votre espérance de gain, ou encore que cet espérance de gain est donc augmentée de 100 %. C'est juste, mais c'est malhonnête. Dans la vraie vie absolue, celle-ci n'a été augmentée que de 0,1 % en passant de 0,1 à 0,2 %, l'esbrouffe du 100 % relatif d'espérance supplémentaire n'a aucune traduction réelle dans la vraie vie, mais c'est le business qui veut ça !

En général, quand un industriel veut vous vendre l'effet d'un médicament, il vous parle en restriction relative du risque (RRR) puis, quand il aborde la dangerosité de son produit, subitement, il raisonne en restriction de risque absolue (RRA), comme c'est curieux !

Pour vous entraîner, allez donc voir comment on a baratiné les agences d'accréditations et les médecins pour les pousser à la prescription du *Beyfortus*<sup>®</sup> : « Les investigateurs (c'est-à-dire l'industriel) et la HAS valident que l'anticorps a réduit de 75 % le risque de bronchiolite (hautement significatif sur le plan statistique).../...<sup>1</sup> ». 75 %, fichtre.

Ce médicament appartenant à AstraZeneca et commercialisé par Sanofi (qui à table ouverte à l'Élysée) promet de révolutionner la médecine sauf que, quand la montagne RRR de 75 % accouche du RRA, celle-ci met au monde une souris... Restriction finale de 3,8 % seulement !

À présent, vous êtes armés définitivement contre l'arme suprême utilisée pour décérébrer les foules, confondre RRA et RRR.



## L'IMAGE HUMORISTIQUE DU MOIS

**« S'il vous faut : persuader, rappeler, mettre la pression, mentir, inciter, contraindre, intimider, faire honte socialement, culpabiliser, menacer, punir et criminaliser...**

**Si tout cela est considéré comme nécessaire pour obtenir votre consentement, vous pouvez être absolument certain que ce qui est promu n'est pas dans votre meilleur intérêt ».**



Ian Watson

La prochaine fois qu'un médecin veut vous vendre l'efficacité d'un produit, n'oubliez pas de lui demander : « Votre résultat, il est exprimé en risque relatif ou absolu ? » Attendez-vous à une réponse embrouillée.

Finalement, je vais oublier mon envie d'organiser une tombola, et si on organisait un match de football plutôt, là, au moins, on ne peut jamais tricher ? Si ?

1. <https://michel.delorgeril.info/ethique-et-transparence/nouveau-traitement-contre-la-bronchiolite-des-nourissons-utile-ounouvelle-amaque/>  
2. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire\\_Calciopoli](https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Calciopoli)

Chaque mois, je m'engage à vous proposer un repas idéal, toujours pour 4 personnes. Rapide à exécuter, en lien avec la saison, peu calorique car systématiquement pauvre en sucre, équilibré, évidemment économique et surtout formidablement goûteux. Bon appétit, et sans se fouler !

## Le choix du mois d'octobre :

- Tempura de crevettes
- *Bortsch*
- Rochers aux amandes

### Tempura de crevettes

(préparation : 20 minutes, cuisson : 3 minutes)

Le monde culinaire se divise en deux catégories : les magiciens, et puis les autres. Avec ce plat, vous vous apprêtez à entrer dans la catégorie des seigneurs du premier groupe. À votre droite, Merlin l'Enchanteur et à votre gauche, Gandalf Le Gris (allez demander à vos ados, ils connaissent). Plus simple et plus merveilleux, pour tous les âges, ça n'existe pas. Et l'huile utilisée est bonne pour le cœur ! Juste... On fait attention au risque de brûlure.

- 16 à 20 crevettes surgelées crues, décortiquées, avec queue, décongelées
- 180 g de farine à pâtisserie (moins de gluten)
- 100 g de *Rice Krispies*® (du riz soufflé pour petit déjeuner)
- 1 cuillère à café de vinaigre de riz
- 1 cuillère à café de bicarbonate de soude alimentaire
- Eau glacée
- Huile de canola au mieux pour la friture, (sinon, huile de colza)
- Sauce aigre-douce, Ketchup, sauce soja... (pour le trempage)
- Paprika, sel et poivre

1. Faites chauffer l'huile à 180 °C et préchauffez le four à 100 °C, pour recueillir les crevettes une fois cuites, en attendant que toutes soient prêtes.
2. Dans un grand bol, mélangez 120 g de farine, 1 cuillère à café de sel, le bicarbonate puis, progressivement, 250 ml d'eau glacée



© Adobe Stock.

et le vinaigre de riz en fouettant régulièrement pour obtenir une pâte bien lisse.

3. Dans une première assiette creuse, placez 60 g de farine. Dans une seconde, disposez les *Rice Krispies*®.
4. Prenez une crevette par la queue. Passez-la dans la farine sur ses deux faces puis, dans la pâte liquide, et enfin, sur les *Rice Krispies*®.
5. Réservez puis, renouvelez l'opération cinq fois. Quand les cinq sont prêtes, placez-les dans le panier de votre friteuse sans qu'elles se touchent. Abaissez-le dans l'huile et comptez 3 minutes. Relevez, égouttez, salez, saupoudrez les « bestioles » de votre meilleur paprika puis, transférez-les dans le four chaud. Recommencez pour toutes les crevettes restantes.
6. Servez chaud, accompagné de ramequins remplis de différentes sauces.

**À noter :** il est parfois difficile de trouver des crevettes crues congelées. Pas grave, car on peut en utiliser des cuites, la cuisson se réduit en général à deux minutes. Si des enfants passent à table ce jour-là avec vous, ça y est : grâce à vous, ils mangeront dorénavant des fruits de mer pendant toute leur vie...

### *Bortsch*

(préparation : 30 minutes, cuisson : 25 minutes)

La guerre en Ukraine, on n'y peut pas grand-chose. Mais rendons hommage à ces pauvres gens qui ont inventé un plat aussi magnifique qu'excellent pour notre santé. En face, les Russes, à qui tout appartient, se sont aussi appropriés cette soupe mythique. Traitons aujourd'hui le *bortsch* comme un plat principal et non pas comme une entrée. Il en existe mille déclinaisons : en voici une version aussi simple que savoureuse, typiquement ukrainienne et qui peut se consommer régulièrement hélas... sans viande. ▶

- 150 g de paleron de bœuf
- 150 g de poitrine de porc



© Adobe Stock.

- ▶ - 1 demi-choux, rouge ou blanc
- 2 tomates
- 2 carottes
- 2 betteraves rouges cuites
- 2 oignons
- 1 botte d'aneth

1. Coupez la viande en gros morceaux d'une cinquantaine de grammes chacun.
2. Placez-les dans une grande casserole et mouillez à hauteur. Faites cuire à feu doux pendant une heure dans une eau salée et poivrée.
3. Retirez la viande et coupez-la en dés. Renvoyez-la dans le bouillon. Ajoutez les oignons émincés, les carottes coupées en rondelles, le chou taillé en lanières, les tomates mondées et, si possible, épépinées. Faites cuire à petits bouillons pendant 25 minutes.
4. Taillez les betteraves cuites en julienne (en lanières). Rajoutez à la soupe.
5. Préparez le service dans des assiettes creuses. Rectifiez et parsemez d'aneth juste avant de servir.

**Le plus incontournable :** si vous avez la viande, peut-être avez-vous trouvé aussi de la crème fraîche ? Le *must* incontournable de tout *bortsch* ukrainien des jours sans guerre, à servir au moment où l'on apporte l'aneth. Courage à eux...

### Rochers aux amandes (préparation : 20 minutes, cuisson : 10 minutes)

On me reproche de ne pas utiliser suffisamment le chocolat dans mes desserts... j'avoue, car souvent le sucre y apparaît en quantités déraisonnables. Mais pas ici. En plus, le dessert peut être réalisé plusieurs jours à l'avance, stocké bien enfermé au réfrigérateur dans une boîte étanche. Un grand classique pas du tout revisité qui fait un effet bœuf et qui se réalise en un rien de temps ! Au travail...

- 1 plaque de cuisson avec une feuille de papier sulfurisé dessus
- 110 g d'amandes concassées grossièrement ou taillées en bâtonnets (plus esthétique)
- 2 cuillères à soupe de sirop de sucre



- 1 cuillère à soupe de sucre glace
- 150 g de chocolat noir, ou au lait, selon les goûts

1. Préchauffez le four à 180 °C.
2. Dans un grand bol, mélangez les amandes avec le sirop de sucre puis, formez une vingtaine de petits tas que vous déposerez sur votre feuille de papier sulfurisé. Saupoudrez-les de sucre glace et enfournez.
3. Laissez griller et caraméliser pendant deux à trois minutes. Sortez-les et laissez-les refroidir.
4. Réchauffez votre chocolat au micro-ondes (beurck !) ou au bain-marie (parfait). Plongez les rochers les uns après les autres dans le chocolat liquide puis, déposez-les à nouveau sur la feuille de papier. Laissez refroidir. Décollez-les un par un et réservez-les dans une boîte étanche, au frais, jusqu'au repas.

**Mon avis :** voilà la recette de base, autour de laquelle toutes les délinquances peuvent survenir. Mélanger des fruits confits avec les fruits à coques, des copeaux de fraise, de figes, des zests et, dans ce cas, faire tomber mais alors, par pure inadvertance, quelques gouttes de Mandarine impériale dans le sirop de sucre. Le Rocher impérial, en quelque sorte... Vive Napoléon, à bas l'Angleterre et l'Autriche !

ABONNEMENT

#### FORMULAIRE D'ABONNEMENT À *DU NEUF POUR MA SANTÉ !*

Tous les mois, vous recevez dans votre boîte aux lettres ou par email un nouveau numéro de 16 pages du mensuel *DU NEUF POUR MA SANTÉ !*, la lettre Santé du Docteur Reliquet pour vivre mieux et plus longtemps. Votre abonnement d'un an comprend **11 numéros + 1 hors-série** pour seulement 59 € hors frais de port (15 € pour la France, 27 € pour l'Europe et 37 € pour le reste du monde) avec l'offre spéciale pour les nouveaux abonnés au format papier + électronique, pour tout règlement par chèque. Soit un total de 74 € si vous êtes en France, 86 € si vous résidez en Europe (hors France) ou 96 € si vous résidez hors Europe. Vous bénéficiez de la garantie satisfait ou intégralement remboursé pendant 3 mois après la date de souscription. Pour vous abonner, merci de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous, sans oublier de renseigner votre adresse email.

#### VOS COORDONNÉES (tous les champs sont obligatoires)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

#### VOTRE RÈGLEMENT

Merci de joindre à ce formulaire votre chèque établi à l'ordre des **Éditions Viva Santé** et de les renvoyer à cette adresse : Éditions Viva Santé, Service courrier - 11 Bis, rue Félix Poyez - 77000 Melun  
*Informatique et Liberté : vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce service est assuré par nos soins. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient communiquées, merci de cocher la case suivante*

LA LETTRE SANTÉ DU DOCTEUR RELIQUET POUR VIVRE MIEUX ET PLUS LONGTEMPS



**Directeur de la publication :** Gabriel Combris  
**Rédacteur :** Vincent Reliquet  
*« Je ne déclare aucun conflit d'intérêt avec aucune firme pharmaceutique. Mes articles sont publiés à titre informatif : ne démarrez aucun traitement sans l'avis autorisé du médecin traitant. » Dr V. Reliquet*

**DU NEUF POUR MA SANTÉ !** Revue mensuelle  
**Siège social :** Éditions Viva Santé SA c/o FGC Finance, Gestion & Conseils SA - Chemin du Liaudoz 49  
 Case postale 149 - 1009 Pully, Suisse

#### ABONNEMENT

Pour toute question relative à votre abonnement, contactez le +33 3 67 21 32 68 du lundi au vendredi, de 9h à 18h. RDV sur le site [www.directe-sante.com](http://www.directe-sante.com) ou adressez un courrier à Éditions Viva Santé 11 Bis, rue Félix Poyez - 77000 Melun, France  
 ISSN : 2813-1908 - CPPAP : 0623 N 08523.

**Impression :** Imprimerie Chauveau  
 7, avenue Gustave Eiffel - 28630 Gellainville, France  
 SIRET : 065 200 040 00031

**Création et réalisation :** Vania Brocard