

Screening for cancer: from guidelines to practice

Bulletin du Cancer. Volume 88, Number 7, 643-4, Juillet 2001, Point sur...

■ Résumé

Author(s) : Annie J. Sasco, Unité d'épidémiologie pour la prévention du cancer, Centre international de recherche sur le cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 150, cours Albert-Thomas, 69372 Lyon Cedex 8.

ARTICLE

À la fin du xx^e siècle, un courant fort s'est imposé pour standardiser le plus possible toutes les étapes de la lutte contre le cancer, de la prévention primaire et du dépistage au traitement, y compris en phase terminale. La notion de protocole a gagné indiscutablement du terrain dans la prise en charge de la maladie avérée. En revanche, dans le domaine de la prévention primaire, nous en sommes aux balbutiements et le dépistage se trouve, au moins dans notre pays, à une étape intermédiaire.

Comme le sujet du dépistage des cancers a déjà été traité récemment dans le *Bulletin du Cancer* [1], le présent article ne fera qu'une présentation synthétique des recommandations sur le dépistage du cancer dans l'Union européenne [2], en faisant remarquer quelques points spécifiques qui devraient imposer une réflexion tant des thérapeutes et des personnels réalisant au quotidien les activités de dépistage que, bien sûr, de celles et ceux qui décident, par leurs fonctions politiques ou administratives, de la mise en place et des conditions de réalisation de tels programmes. Nous comparerons en particulier les recommandations européennes à celles françaises, mais aussi à ce qui se passe ici et ailleurs, nous soulignerons leur originalité mais aussi leurs lacunes éventuelles et, enfin, nous nous efforcerons d'en tirer une philosophie de pratique en santé publique.

Contexte des recommandations européennes en matière de dépistage du cancer

Le texte européen débute par une description de l'objectif qu'avait le Comité consultatif pour la prévention du cancer, présidé par le professeur Elsebeth Lyngé du Danemark et auquel participait pour la France le professeur Jean Faivre, lors de son mandat. Très justement il est rappelé que « *(c)es recommandations s'adressent à la population, aux hommes (et femmes !) politiques et aux administrations sanitaires des États membres, à la Commission européenne et au Parlement européen* ». La première cible des recommandations correspond donc à la population et cela ne devrait jamais être oublié. Il faut noter aussi l'absence (involontaire ?) de la mention au niveau des destinataires des professionnels de santé. Pour les experts de l'Union européenne, les deux cibles uniques sont la population et les décideurs, qu'ils soient politiques ou administratifs. Le contexte de ce document est donc radicalement différent des recommandations françaises qui, elles, à l'inverse, sont souvent préférentiellement destinées aux professions médicales. Cela correspond, à mon avis, à une philosophie différente de la prévention, l'une visant de façon prioritaire la population dans son ensemble, l'autre celles et ceux dont la santé et la maladie sont le champ professionnel.

Dans un contexte de neutralité nationale, les principes utilisés pour élaborer les recommandations proviennent essentiellement de l'Organisation mondiale de la santé [3], de même que les chiffres de cancers en Europe (bases de données européennes du Centre international de recherche sur le cancer).

Enfin, il est bien précisé dans le texte que « *(l)e dépistage n'est qu'une des méthodes permettant de maîtriser le cancer* ». La phrase qui suit est fondamentale : « *Chaque fois que cela est possible, la toute première priorité doit être accordée à la prévention primaire.* » Ce concept ne devrait jamais être oublié lorsque des dépistages tels que celui du cancer du poumon sont proposés alors qu'une prévention primaire existe (lutter contre le tabagisme). Les auteurs poursuivent en insistant sur la nécessité absolue d'avoir des « *programmes organisés, avec une assurance de qualité à tous les niveaux et une bonne information concernant les risques et les avantages* ». De même, les auteurs condamnent sans équivoque les « *activités de dépistage opportunistes... car elles risquent de ne pas atteindre les bénéfiques potentiels et peuvent entraîner des effets secondaires négatifs inutiles* ». Le rappel des autres principes du dépistage est habituel, mais il faut en souligner la concision et la rigueur parfaite. En tant que personne de santé publique, je note aussi avec le plus grand plaisir l'insistance des experts européens sur l'égalité d'accès au dépistage et la notion de justice sociale.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Dans un contexte européen de diminution nette au fil des décennies du taux de mortalité par cancer du col de l'utérus, les experts européens restent extrêmement classiques dans leurs recommandations. La seule méthode à utiliser pour le moment reste le frottis, à réaliser surtout entre 30 et 60 ans, à raison d'un tous les 3 à 5 ans. Cette formulation est proche de celle que l'on retrouve en France dans le cadre du programme national de lutte contre le cancer, à savoir un frottis tous les 3 ans de 25 à 65 ans [4]. Il faut insister sur l'inutilité pour des femmes sans antécédents particuliers et asymptomatiques

de réaliser des frottis plus fréquents, cette considération justifiant la non-prise en charge par la collectivité sociale de frottis supplémentaires.

Pour les experts européens, l'évaluation des tests basés sur la recherche des infections par les virus du papillome humain reste du domaine de la recherche, en remplacement ou en complément du frottis.

Dépistage du cancer du sein

À l'inverse de l'incidence du cancer du col, celle du sein continue à augmenter en Europe, comme d'ailleurs dans la plupart des pays du monde, alors que l'évolution de la mortalité est moins défavorable. Là encore, les recommandations des experts européens sont classiques, portant sur les femmes âgées de 50 à 69 ans avec des mammographies réalisées tous les 2 à 3 ans. Si certains centres décident d'enrôler les femmes plus jeunes de 40 à 49 ans, la fréquence devra être plus rapprochée de 12 à 18 mois maximum, et avec la nécessité d'une évaluation extrêmement rigoureuse. Selon les déclarations récentes du ministre délégué à la Santé, « nous aurons en France ce qu'on fait de mieux : un examen tous les deux ans entre 50 et 74 ans, comportant quatre clichés, soit deux incidences par sein. Les clichés seront systématiquement lus par deux radiologues et par un troisième si les avis des deux premiers divergent » [5]. Il faut ici souligner la prolongation au-delà de 69 ans de la pratique des mammographies en France, ce qui est tout à fait raisonnable, eu égard à l'incidence du cancer du sein chez la femme âgée et la longévité des femmes françaises.

Les résultats qui viennent d'être publiés de l'étude des deux comtés en Suède montrent en population générale une réduction de 50 % de la mortalité par cancer du sein. Chez les femmes de 40 à 69 ans qui ont participé au dépistage, cette diminution est de 63 %, ce qui est absolument remarquable [6].

Dépistage du cancer du colorectal

C'est le seul examen concernant les deux sexes dans le domaine des cancers pour lesquels l'efficacité du dépistage est démontrée ; les programmes sont relativement récents en Europe. Les experts européens restent très prudents puisqu'ils se contentent de dire qu'« il convient d'envisager sérieusement un dépistage du sang occulte dans les selles ». Ils ne vont pas jusqu'à recommander la mise en place effective de programmes en population. Néanmoins, s'ils sont réalisés, ils s'adressent aux personnes de 50 à 74 ans avec un intervalle de 1 à 2 ans. De nouveau, les recommandations françaises sont plus larges, couvrant les personnes de 45 à 74 ans avec un test tous les 2 ans [7].

Dépistage du cancer de la prostate

Les experts européens sont très clairs. Face à un cancer dont l'incidence augmente, mais est en partie liée à une explosion du dépistage opportuniste, « (t)ant que les études randomisées n'ont pas montré un bénéfice en matière de mortalité... ou de qualité de vie, le dépistage du cancer de la prostate n'est pas recommandé dans le cadre de la politique de la santé ». Le programme national de 2000 ne mentionnait pas le dépistage du cancer de la prostate mais des déclarations récentes du ministre délégué à la Santé n'excluent pas une telle possibilité [8]. Pourtant, aucun argument épidémiologique sérieux ne justifie aujourd'hui la recommandation de l'*American Cancer Society* qui dit que le toucher rectal et le dosage du *prostate specific antigen (PSA)* devraient être réalisés tous les ans à partir de 50 ans [9].

Dépistage d'autres cancers

Le groupe d'experts européens ne mentionne aucun autre cancer. Cela se comprend aisément en raison de l'absence de données épidémiologiques justifiant d'autres dépistages.

Conclusion

Les recommandations européennes sont très solides, ancrées dans des connaissances épidémiologiques fortes et éclairées par un esprit de santé publique sans faille. Les questions que chacun(e) se pose au quotidien, telles que l'usage de la mammographie avant 50 ans pour le cancer du sein, la sigmoïdoscopie flexible pour le côlon et le *PSA* pour la prostate, sont laissées dans le domaine de la recherche. Ne faudrait-il pas au moins en souligner l'extrême urgence et peut-être oser anticiper de nouvelles questions ? Le besoin de données scientifiques solides est criant. En leur absence, il y a fort à craindre que des considérations de nature économique n'emportent la décision. Cela serait inacceptable mais tout aussi inacceptable serait le prosélytisme de certaines catégories professionnelles qui recommanderaient des examens inutiles et coûteux pour des raisons essentiellement matérielles.

Pour conclure, reprenons une vieille formule qui parfois se justifie : *in medium, stat virtus*.

Références

1. Sasco AJ. Actualités dans le dépistage des cancers. *Bull Cancer* 2000 ; 87 : 239-43.
2. Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. *Eur J Cancer* 2000 ; 36 : 1473-8.
3. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Public Health Papers 34. Geneva : World Health Organization, 1968, 164.
4. République française. *Programme national de lutte contre le cancer*, 1^{er} février 2000.
5. Trois questions à Bernard Kouchner. Propos recueillis pour Élisabeth Bursaux. *Le Monde*, 13-14 mai 2001 ; 19.
6. Tabár L, Vitak B, Chen HHT, Yen MF, Duffy SW, Smith RA. Beyond randomized controlled trials: organized

mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer* 2001 ; 91 : 1724-31.

7. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Texte court de la conférence de consensus. *Presse Méd* 1998 ; 27 : 1283-9.

8. Allocution de Bernard Kouchner dans le cadre de la réunion du cercle français de cancérologie au Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, 23 mars 2001.

9. Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, Byers T, Rothenberg D, *et al.* American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer : update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancer. Also : update 2001 - testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin* 2001 ; 51 : 38-75.

[Copyright © 2007 John Libbey Eurotext - Tous droits réservés](#)