

LE DEPISTAGE DES CANCERS

On groupe sous le terme de dépistage des cancers la détection de lésions pré-cancéreuses dont l'exérèse peut éviter l'apparition du cancer et le diagnostic précoce, c'est-à-dire effectué avant que le cancer n'atteigne une taille suffisante (environ 1 ml) pour être détectable par des examens cliniques. On peut y inclure également le diagnostic de tumeurs décelables par examens cliniques, et méconnues par le sujet. Le dépistage de masse d'un cancer, c'est-à-dire pratiqué systématiquement et à intervalles réguliers sur toute une population d'âge déterminé, ne se justifie que s'il permet soit d'éviter l'apparition d'une proportion notable de cancers, soit de réduire leur gravité en particulier grâce à un traitement effectué avant que ne survienne la dissémination métastatique.

En l'état actuel de nos connaissances, le dépistage de masse a été recommandé par les Experts de la Communauté Européenne pour deux cancers : celui du col de l'utérus et celui du sein. Il paraît justifié d'effectuer des études d'évaluation préalables à la mise en oeuvre d'un dépistage de masse pour un troisième cancer : celui du colo-rectum. Pour les autres cancers, il n'existe actuellement pas de données prouvant l'efficacité d'un dépistage de masse. Il peut néanmoins être utile pour certains d'entre eux de lancer des études pour en évaluer le coût et le bénéfice éventuel.

Pour tous les cancers, même ceux pour lesquels l'efficacité du dépistage de masse a été prouvée, il est indispensable d'effectuer des études de faisabilité avant de mettre en place l'infrastructure nécessaire pour réaliser ce dépistage. En effet, dans de nombreux pays les programmes de dépistage ont donné des résultats décevants, en raison des mauvaises conditions dans lesquelles ils ont été organisés. Ce manque d'efficacité a été dû à des facteurs variés, tels que mauvaise participation des médecins ou du public, manque de coordination entre les différents éléments du système, non-respect du rythme auquel les examens doivent être pratiqués (fréquence trop élevée ou trop faible), mauvaise qualité des examens etc... Ces facteurs peuvent accroître le coût ou diminuer le bénéfice, aussi la mise en place d'un système de dépistage ne peut être effectuée qu'après qu'en aient été testés les différents composants ainsi que son fonctionnement global.

Il faut donc analyser :

- 1) les avantages et les inconvénients des différents systèmes possibles,
- 2) le taux de participation des populations et ce qui peut l'améliorer,
- 3) l'efficacité des systèmes de soins situés en aval des examens de dépistage,
- 4) les mécanismes de contrôles de qualité destinés à évaluer les différents maillons du système de dépistage, et faire des prévisions coûts / bénéfices.

Ces évaluations devraient être faites rapidement afin, comme l'a recommandé la Commission Européenne, de mettre en action le dépistage de masse des cancers du sein et du col de l'utérus dès 1993. Il paraît indispensable pour y parvenir de mettre immédiatement en place une structure de suivi et d'évaluation des expériences pilotes en liaison étroite avec la Commission Nationale des Cancers.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

On dispose dans ce cas, depuis plus de 50 ans, d'un test efficace et peu coûteux, le frottis vaginal. Cependant, ce n'est que de façon relativement récente que l'on a montré l'impact bénéfique de ce test sur l'incidence et la mortalité.

Il existe un consensus parmi les spécialistes sur la façon dont le frottis doit être fait et sur le rythme optimal (une fois tous les trois ans, après deux frottis rapprochés d'un an classe I), ainsi que sur l'âge du début (au plus tard la trentaine) et de la période de surveillance (au moins jusqu'à 65 ans). Malgré cela, dans de nombreux pays, la mise en oeuvre du dépistage n'a pas réduit significativement la morbidité ou la mortalité. Les causes d'échec ont été récemment analysées dans une publication du Centre International de Recherche sur le Cancer et peuvent être résumées ainsi :

- mauvaise couverture ou mauvaise participation des populations cibles,
- lecture insuffisamment fiable des frottis,
- fréquence inadéquate des tests,
- mauvaise prise en charge des malades présentant des anomalies.

Ces difficultés, qui ont aussi été constatées en Grande-Bretagne, montrent qu'il ne suffit pas de pratiquer des frottis cervico-vaginaux pour faire régresser la fréquence du cancer de l'utérus mais qu'un système cohérent doit être mis en place pour y parvenir.

En France actuellement, le nombre de frottis cervico-vaginaux effectués chaque année est voisin du nombre théorique optimal pour couvrir correctement la population cible. En effet, il faudrait théoriquement environ 3,5 millions d'examens par an et 4,7 millions sont effectués. Cependant, de nombreux examens sont pratiqués chez les femmes jeunes, souvent pour des motifs de relation avec le dépistage du cancer du col, mais assez peu le sont après la quarantaine et très peu après la cinquantaine, c'est-à-dire aux âges à risque élevé.

De plus, il n'est pas certain que l'interprétation des examens soit toujours effectuée correctement. Certains indices donnent à penser que de nombreux cytologistes répondent fréquemment : "examen douteux", ce qui conduit à refaire les examens et accroît considérablement le coût, sans apporter de bénéfice. Il semblerait en outre que le nombre de faux négatifs ne soit pas négligeable, ce qui diminue l'efficacité du système. Enfin, il n'est pas certain que les malades présentant des frottis anormaux soient toujours dirigés vers des structures de soins adéquates. Il est donc nécessaire que soient réalisées dans certaines régions en France, de préférence celles dans lesquelles il existe un registre des cancers, des actions pilotes comportant plusieurs volets :

1) Information du public à qui serait expliqué le but et les moyens du dépistage du cancer du col.

2) Formation des médecins praticiens, qui sont au contact de la population et dont la sensibilisation jouera un rôle décisif pour l'acceptation du dépistage, mais aussi des gynécologues et des cytologistes qui interprètent les lames.

Une formation initiale et une formation continue du personnel réalisant les tests sont indispensables et constituent des préalables à la mise sur pied d'un contrôle de qualité.

3) Mise au point des filières de soins pour les sujets chez qui les anomalies ont été décelées.

4) Mise au point d'une structure d'évaluation des résultats sur le plan coût et efficacité, en liaison étroite avec les organismes de Sécurité Sociale.

Ces opérations pilotes n'ont pas besoin d'être très nombreuses, mais leur suivi doit être minutieux. Il est possible, et même souhaitable, qu'une grande liberté dans le choix du système soit laissée à la région de façon à pouvoir ultérieurement faire au niveau national un bilan des expériences variées qui auront été effectuées.

Dépistage du cancer du sein

Les problèmes sont voisins de ceux du cancer du col de l'utérus. Dans ce cas également la mammographie, bien qu'elle constitue l'examen clé sur lequel repose le dispositif de dépistage, n'est que l'un des éléments du système. On ne saurait considérer qu'il suffit de faire régulièrement des mammographies pour effectuer un dépistage du cancer du sein. Cependant, faire une mammographie est un acte plus complexe qu'un prélèvement pour frottis cervico-vaginal. L'infrastructure qui doit être mise en place suscite plusieurs problèmes : choix des appareillages, de la technique (un ou deux clichés), critères de sélection des installations et des radiologistes participant au programme, choix entre deux options possibles, soit la mise en place d'une infrastructure spécialisée et consacrée uniquement au dépistage (par exemple camions équipés pour la mammographie), soit au contraire utilisation des installations existantes, après sélection de celles répondant aux critères qui auront été définis comme indiqué ci-dessous. Dans les deux cas, un contrôle de qualité est indispensable et doit comporter à la fois la vérification périodique de l'appareillage, la détermination des doses reçues par les sujets et l'évaluation de la qualité des images et de leur réinterprétation. Un effort de formation des radiologistes est également nécessaire.

Il serait souhaitable que les caractéristiques du matériel et la méthodologie du contrôle de qualité (fantôme, dosimétrie etc...) soient définies au niveau national. Par contre, sur les autres points il est souhaitable que les expériences pilotes présentent des spécificités régionales. Il existe au niveau européen un consensus sur la tranche d'âge qui doit être soumise à un examen systématique (50 - 65 ans) au rythme d'un examen tous les trois ans. Ceci n'exclut cependant pas la possibilité de lancer des études d'évaluation entre 40 et 50 ans, entre 65 et 70 ans.

Sur le plan pratique, un grand nombre d'examens mammographiques est actuellement effectué en France et il est vraisemblable qu'il avoisine le nombre total d'examens nécessaires pour effectuer un dépistage dans les tranches d'âge concernées. Une étude récente montre que sur 1,9 million d'examens pratiqués, 1,2 million correspondent à des dépistages dont 700.000 chez des femmes de moins de 50 ans. Il est impossible de savoir le bénéfice qu'en retire la population. Aussi, des opérations pilotes sont indispensables après avoir défini un cahier des charges de la mammographie qui préciserait :

- a) les caractéristiques des appareillages,
- b) les méthodes de contrôle du fonctionnement des appareils et de la dosimétrie,
- c) les méthodes d'évaluation périodique de la qualité des images et du bien-fondé de leur interprétation,
- d) les critères techniques permettant de faire la sélection des installations et des radiologistes qui s'imposeraient dans les deux options (structures spécialisées ou utilisation des structures existantes).

En ce qui concerne l'architecture du système, les relations entre la population, les médecins généralistes, les installations de dépistage, les radiologistes interprétant les images, les médecins et les chirurgiens, une grande latitude pourrait être laissée aux expériences régionales à condition qu'une structure d'évaluation détermine régulièrement le nombre de faux positifs, de faux négatifs, de bons diagnostics et le devenir des sujets dépistés et non dépistés (si possible = registre). Les résultats des expériences pilotes seront jugés sur ces critères ainsi que sur le taux de participation du public et le respect de la périodicité des examens. Comme dans le cas du dépistage par frottis vaginal, il faudra veiller à éviter les duplications d'examen et analyser l'impact du dépistage sur la fréquence des mammographies effectuées dans un but diagnostique dont le nombre a doublé entre 1983 et 1988. Comme dans le cas des cancers du col utérin, une campagne d'information des médecins, pharmaciens, paramédicaux et du public devra être effectuée au moment du lancement des opérations pilotes de dépistage dans les régions concernées. C'est un aspect crucial et très difficile du dépistage.

Dépistage du cancer colo-rectal

Ce dépistage n'est pas encore recommandé à l'échelle européenne, mais des études en cours en Allemagne, au Danemark et en Grande Bretagne semblent donner des résultats encourageants. Plusieurs expériences ont déjà été faites en France sous l'égide de la CNAM. Il serait donc légitime que soient lancées prochainement en France des expériences pilotes plus larges sur ce point. L'étude menée en Côte d'Or par le Professeur FAIVRE est encourageante par le taux de participation mais ne permet pas encore de faire un bilan des résultats. Une recherche de sang dans les selles réalisée par le test Hémoccult, tous les trois ans à partir de l'âge de 45 ans, conduirait, si le taux de participation était de 100%, à environ 5 millions d'examens chaque année, contre seulement 500.000 actuellement.

Le but de l'action à entreprendre apparaît relativement simple : organiser dans quelques régions des études pilotes, c'est-à-dire essentiellement informer le public, former les médecins, mettre en place des structures d'évaluation et de contrôle de qualité. L'Hémoccult est un examen simple et relativement peu coûteux, le problème essentiel est celui de son acceptabilité qui est faible si le patient n'est pas informé ou si le médecin généraliste qui le suit n'a pas à l'égard de ce test une attitude très positive. Ceci souligne la nécessité d'une campagne d'information. Sur ce dernier point, l'expérience a prouvé qu'une formation préalable des généralistes permettrait d'éviter cette difficulté. Il faut de plus prendre des décisions à l'échelle nationale sur la façon dont les tests seront lus, afin notamment de limiter le nombre de faux positifs, interprétés et remboursés, et sur le devenir des sujets à tests positifs.

En conclusion :

La mise en oeuvre d'une politique de dépistage en France nécessite l'affirmation d'une volonté politique. La première étape devrait être la création d'un groupe de travail peu nombreux qui pourrait initialement être lié à la Commission Nationale des cancers et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, puisque celle-ci a accepté de prévoir le financement du dépistage.

Ce groupe de travail pourrait créer trois sous-groupes pour les cancers du col de l'utérus, du sein et colo-rectum. Ce groupe de travail devrait proposer dans un délai bref (deux mois) quelques règles générales concernant le schéma, l'organisation des systèmes, le contrôle de qualité et l'évaluation. Elle devrait aussi stimuler la mise en oeuvre d'opérations pilotes, suivre celles qui sont en cours, aider leur financement et suivre l'exécution du programme.

L'objectif doit être la mise en oeuvre d'un dépistage de masse en France dès 1993, avec des modalités qui seront fonction des résultats obtenus dans les opérations pilotes mises en oeuvre d'ici là.