

souvent, ne peuvent qu'exposer un ensemble de scénarios plausibles tout en convenant que le choix entre ceux-ci relève du pari pur et simple [18] l'histoire est au mieux en mesure de rapporter que telle solution, tel remède, ont été un jour proposés, pour finalement réussir ou échouer dans telles circonstances [21].

Au demeurant, la question n'est pas tant de savoir ce que l'histoire nous enseigne que d'être au fait sur ce que nous voudrions en apprendre. Car enfin, derrière l'actualité, il y a pas seulement l'histoire, il y a aussi le besoin d'histoire. Un besoin au service d'une stratégie, d'un mouvement, d'une institution dans lesquels un groupe social ou professionnel se reconnaît [22]. Un besoin bien sûr fonction du moment, le fruit du traumatisme associé à la révélation d'une crise multiforme qui entame durement la légitimité des institutions sanitaires un peu partout en Europe. L'histoire n'est-elle pas un atout dans la négociation pour un secteur traditionnellement malmené par la profession médicale et par l'État [23] ? D'où la tentation de se l'approprier. Les acteurs de la santé publique y voient parfois un levier susceptible de les aider à surmonter le malaise persistant né de l'incohérence de structures politico-administratives que Léon Bernard, alors président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, disait en 1930 éternellement « *ballottées de ministère en ministère [...], dépouillées de tout pouvoir sur les fonctionnaires sanitaires des départements et des villes, eux-mêmes privés d'autorité et de moyens et n'ayant que leur bon vouloir à opposer aux maladies* ».

À l'endroit de la santé publique, l'historien finalement se présente comme un chercheur apportant sa pierre à l'avancée des connaissances et dont l'apport, il convient de le souligner, ne saurait se développer utilement qu'à condition de n'être ni marginalisé ni instrumentalisé au service d'autres disciplines mais d'évoluer en association avec elles ; comme le porteur, aussi, d'une science pratique apte à participer à l'élaboration de certains « *concepts préalables* » [5] à la décision ou aux réformes. À ces postures habituelles aux sciences humaines, les stratégies de la mémoire viennent aujourd'hui ajouter un nouvel élément. Mais à ce besoin d'histoire — à ce besoin d'identité — l'historien peut-il répondre ? ■

Le dépistage du Recommandations l'Union européenne

Document rédigé par le Comité consultatif de l'Union européenne sur la prévention du cancer et traduit par

Rosemary Ancelle-Park

Épidémiologiste, InVS

Hélène Sancho-Garnier

Professeur de santé publique,

Épidaure, CLCC

Jean Faivre

Professeur de gastro-entérologie,
Registre des tumeurs digestives, Dijon

Suite à la conférence de Vienne sur le dépistage et la détection des cancers de novembre 1999, le Comité consultatif de l'Union européenne sur la prévention du cancer a réalisé un document de recommandations sur le dépistage des cancers.

Le dépistage permet la détection des cancers à un stade précoce, parfois même avant qu'ils ne deviennent invasifs. Certaines lésions peuvent alors être traitées avec plus d'efficacité et les patients peuvent espérer vivre plus longtemps. L'indicateur d'efficacité du dépistage est la baisse de la mortalité spécifique de la maladie ou de l'incidence.

Le dépistage consiste à proposer un test à des personnes bien portantes afin d'identifier les maladies à des stades asymptomatiques. Mis à part l'effet bénéfique sur la mortalité spécifique de la maladie ou de l'incidence, le dépistage peut aussi avoir des effets indésirables pour la population testée.

Les décideurs doivent connaître les bénéfices et les risques potentiels du dépistage d'un type de cancer donné avant de s'engager dans la mise en place d'un nouveau programme de dépistage. Pour le public informé, comme il l'est aujourd'hui, il est nécessaire de présenter les bénéfices et les risques de manière à ce que les citoyens puissent décider par eux-mêmes de participer aux programmes de dépistage.

Les principes du dépistage comme outil de prévention des maladies chroniques non transmissibles ont été publiés par l'Organisation mondiale de la santé en 1968 [1] et par le Conseil de l'Europe en 1994 [2]. Ces deux documents, plus celui-ci sur l'état de l'art dans chacun des champs du dépistage des cancers, constituent ensemble les bases pour ces recommandations.

Toutes les données d'incidence ou de mortalité proviennent de la publication

cancer pour

récente de l'Eucan et couvrent les données jusqu'en 1995. Un nombre estimé de 1 488 000 nouveaux cas de cancers (les cancers de la peau autres que le mélanome sont exclus) ont été diagnostiqués dans l'Union européenne en 1995. Parmi ceux-ci, 2 % étaient des cancers du col de l'utérus, 13 % des cancers du sein, 13 % des cancers colo-rectaux et 8 % des cancers de la prostate. Les cancers du col de l'utérus et les cancers du sein représentent 4 % et 29 % respectivement des nouveaux cas de cancers chez la femme, et le cancer de la prostate représente 14 % des nouveaux cas de cancers chez l'homme. Tous les taux présentés dans ce document sont standardisés sur l'âge de la population européenne standard [3].

Principes généraux

Le dépistage est l'une des méthodes de contrôle du cancer. Quand cela est possible, la prévention primaire du cancer doit être privilégiée. Lorsqu'un dépistage est effectué, il doit toujours être proposé dans le cadre d'un programme organisé ayant un degré d'assurance qualité important à tous les niveaux et une bonne information sur les bénéfices et les risques.

Les bénéfices d'un programme de dépistage sont atteints seulement si la couverture de la population est élevée. Le dépistage individuel ou spontané n'est normalement pas acceptable car il ne permet pas d'atteindre les bénéfices potentiels et peut entraîner des effets secondaires négatifs inutiles.

Les nouveaux tests de dépistage doivent

être évalués au cours d'essais randomisés avant d'être utilisés en routine.

La réduction de la mortalité spécifique de la maladie atteinte au cours d'essais dépend de la sensibilité du test de dépistage, de la participation des personnes invitées, de l'intervalle de dépistage, de la régularité du dépistage effectué par chaque personne, de l'exhaustivité du suivi et du bénéfice ajouté du traitement précoce. Les effets secondaires négatifs dans la population dépistée dépendent de la sensibilité et de la spécificité du test et des effets secondaires possibles du traitement précoce. Les résultats des essais peuvent être extrapolés à la population générale seulement si les conditions des essais peuvent être reproduites dans le système de soins existant. Cela demande une organisation comprenant un système d'invitation-réinvitation, avec une assurance de qualité à tous les niveaux et une filière de traitement appropriée et efficace.

Des systèmes centralisés de recueil de données sont nécessaires pour le fonctionnement des programmes organisés de dépistage. Ceux-ci comprennent une liste informatisée de toutes les personnes ciblées par le programme de dépistage. Ils comprennent aussi l'informatisation des données de tous les résultats des tests de dépistage, examens complémentaires et diagnostic final. Le dépistage organisé implique aussi l'analyse scientifique des résultats du dépistage et un retour rapide de ces informations vers la population et les organisateurs du dépistage. Cette analyse est facilitée si la base de données du dépistage est liée aux données des registres des cancers.

Un dépistage de haut niveau n'est possible que si le personnel, à tous les échelons, a une formation adaptée à ses tâches. Les indicateurs de performance doivent être régulièrement analysés.

Les aspects éthiques, légaux, sociaux, médicaux, organisationnels et économiques doivent être pris en compte avant la décision de mise en place d'un programme de dépistage. Les ressources aussi bien humaines qu'économiques doivent être disponibles pour une organisation appropriée et un contrôle de qualité adapté.

Des actions doivent être menées afin d'assurer le même accès au dépistage des différents groupes socio-économiques. La mise en place d'un programme de dépistage du cancer est donc une décision qui

doit être prise au niveau local, en fonction du poids de la maladie et des ressources des services de santé.

Le cancer représente une morbidité et mortalité de poids en Europe. La collaboration européenne devrait faciliter les programmes de grande qualité et protéger la population d'un dépistage de qualité médiocre.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Dans une population non dépistée, l'incidence du cancer du col de l'utérus est maximale vers l'âge de 50 ans. Dans les populations dépistées l'incidence tend à être la plus élevée pour les femmes de plus de 60 ans. L'incidence du cancer du col de l'utérus reflète à la fois le risque de base et l'activité de dépistage de la précédente décennie.

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus le plus élevé (19 pour 100 000) est actuellement observé au Portugal et le taux d'incidence le plus bas, au Luxembourg (4 pour 100 000). Les taux de mortalité sont les plus élevés au Danemark, en Autriche et au Portugal, avec 6 à 7 pour 100 000, et les plus bas au Luxembourg et en Finlande, avec 1 pour 100 000.

Alors qu'aucun essai randomisé sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis n'a jamais été mené, l'efficacité des programmes de dépistage a été démontrée dans plusieurs pays [4-6]. Il est estimé qu'un frottis tous les trois ans permet de prévenir 90 % des cancers du col de l'utérus dans une population, si toutes les femmes participent et si toutes les lésions détectées sont suivies [7]. Une participation élevée est donc essentielle et une organisation de haut niveau nécessaire pour atteindre ces résultats.

Des programmes nationaux de dépistage du cancer du col de l'utérus existent en Suède, Finlande, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni. Un guide méthodologique européen pour le dépistage du cancer du col a été rédigé en 1993. Il propose des objectifs d'assurance qualité pour les programmes organisés de dépistage [8]. Dix centres de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été financés par le programme Europe contre le Cancer. Ces dix programmes ont formé un réseau ayant pour objectifs l'assurance qualité, l'épidémiologie et les nouvelles technologies.

Lorsque les ressources financières sont limitées, le programme doit cibler les femmes de 30 à 60 ans. Une proportion importante d'anomalies du col régresseront et redeviendront normales sans traitement. Le dépistage ne doit donc pas être effectué avant l'âge de 20 ans et, dans de nombreux pays, probablement pas avant 30 ans. L'effet protecteur du dépistage chez les femmes de plus de 60 ans est limité, surtout si ces femmes ont eu antérieurement des frottis négatifs.

L'intervalle de dépistage est de 3 à 5 ans. Des intervalles plus longs peuvent être envisagés pour des femmes ayant eu des frottis réguliers, négatifs. Le bénéfice du dépistage à intervalles plus rapprochés est très limité ; de plus, il risque d'entraîner des traitements inutiles de lésions spontanément régressives.

Recommandations

Aux États membres

Le frottis est la méthode de référence du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Lorsque le dépistage est proposé, il doit être effectué chez les femmes âgées d'au moins 30 ans et certainement pas avant l'âge de 20 ans. L'âge maximum dépend de la disponibilité des ressources, mais ne doit, de préférence, pas être inférieur à 60 ans. Si les ressources financières sont limitées, le programme doit cibler la tranche d'âge 30 à 60 ans.

Les intervalles du dépistage proposés devraient être entre 3 et 5 ans. Un dépistage plus fréquent qu'une fois tous les 3 ans doit être découragé. Le frottis chez des femmes en bonne santé doit être effectué seulement dans des programmes organisés comprenant une assurance qualité à tous les niveaux.

Les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus doivent être organisés en accord avec le guide méthodologique européen.

À la Commission européenne et au Parlement européen

Une terminologie commune pour l'histologie et la cytologie doit être mise en place. Pour les laboratoires, un programme de contrôle de qualité détaillé doit être établi, basé sur le guide méthodologique et être mis en place au niveau national.

Les recommandations pour la formation et le contrôle de qualité pourraient être proposées et testées dans les centres de gestion des réseaux de dépistage. Comme des options thérapeutiques différentes sont disponibles, l'examen des cas devrait être effectué par un staff de cliniciens. Un effort concerté doit être fait pour identifier les méthodes les plus efficaces de suivi et de traitement des anomalies du col de l'utérus.

Des études sur les tendances récentes de l'incidence du cancer du col de l'utérus en Europe doivent être développées afin d'optimiser les limites d'âge inférieures et supérieures du dépistage.

Dépistage du cancer du sein

Dans les pays qui ont des bases de données nationales de population, comme les pays du nord de l'Europe, l'incidence du cancer du sein a augmenté au cours des quatre dernières décades. Le début d'un programme de dépistage est associé à une augmentation temporaire de l'incidence du cancer du sein et les différences européennes d'incidence du cancer du sein témoignent donc, actuellement, à la fois de l'incidence de base et des activités de dépistage.

Actuellement l'incidence la plus élevée (120 pour 100 000) est observée aux Pays-Bas, où un programme de dépistage a démarré récemment, et la plus basse en Espagne et en Grèce (61-63 pour 100 000). Le cancer du sein est rare avant 30 ans et l'incidence augmente avec l'âge. La mortalité par cancer du sein est la plus élevée au Danemark (38 pour 100 000) et la plus basse en Grèce (23 pour 100 000). Les taux de mortalité ont augmenté au cours des dernières décades dans la majorité des pays européens, alors qu'ils sont stables ou diminuent légèrement, dans les pays du Nord et au Royaume-Uni.

Le dépistage du cancer du sein par la mammographie a été étudié par de nombreux essais randomisés. Les résultats de cinq comtés suédois ont montré une diminution de 30 % de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 et 69 ans invitées au dépistage [9]. La mise à jour des données suédoises montre aussi une réduction de la mortalité par cancer du sein

parmi les femmes de 40 à 49 ans invitées au dépistage [10]. Le bénéfice coût/efficacité n'est cependant pas clair pour cette tranche d'âge plus jeune.

Un réseau européen de dépistage du cancer du sein a été établi en 1989 avec pour objectifs : de fournir une expertise pour les pays n'ayant aucun service de dépistage du cancer du sein, d'explorer les méthodes à mettre en place dans des systèmes de santé nationaux, d'établir des contacts pour l'échange d'information entre les États membres et, peut être le plus important, de développer des guides méthodologiques pour les bonnes pratiques de dépistage du cancer du sein. Le but souhaité par chaque participant au réseau est d'établir une coordination des activités de dépistage dans leur pays et de servir de service et/ou de centre de référence pour ces activités.

Pendant les 10 ans de son existence, le réseau a noté que le dépistage en population nécessite le soutien complet des autorités nationales ou régionales et que la décision de démarrer un programme doit être prise par les autorités sanitaires appropriées. Le dépistage du cancer du sein est multidisciplinaire et la qualité de toute la procédure (invitation, diagnostic, examens complémentaires, traitement et suivi) doit être mise en place avant l'initialisation du programme. La formation initiale et continue de tout le personnel impliqué est indispensable. Des mécanismes doivent aussi être mis en place pour gérer la qualité du programme de dépistage.

Les différents systèmes de santé européens ont été obligés de trouver des solutions différentes pour des problèmes identiques. Le réseau a démontré l'importance d'un haut niveau de qualité des examens radiologiques ainsi que la nécessité, dans un système décentralisé, d'une lecture des clichés centralisée faite par des experts. La nécessité d'avoir des standards sur le nombre minimum de femmes examinées dans chaque centre de radiologie, afin de maintenir un niveau d'expertise, a aussi été démontrée.

Le guide méthodologique d'assurance qualité du dépistage par la mammographie donne les exigences minimales et optimales d'assurance qualité d'un programme de dépistage organisé [11]. Une mise à jour sera publiée en 2000.

Recommandations

Aux États membres

La mammographie est la méthode de référence du dépistage du cancer du sein. Il n'y a actuellement aucune évidence convaincante de l'efficacité du dépistage basé sur l'autopalpation ou l'examen clinique des seins.

Le dépistage par la mammographie doit être proposé aux femmes asymptomatiques seulement dans le cadre de programmes organisés comprenant une assurance qualité à tous les niveaux. Lorsque la mammographie de dépistage est proposée, seules les femmes de 50 à 69 ans doivent être invitées.

L'intervalle de dépistage est de deux à trois ans.

Les programmes de dépistage du cancer du sein doivent être organisés conformément au guide méthodologique européen [11].

Les effets secondaires du dépistage par mammographie chez les femmes de 40 à 49 ans pourraient être non négligeables, étant donné la valeur prédictive plus faible de la mammographie dans cette tranche d'âge, la détection possible de cancers non évolutifs et les risques plus élevés de radiation.

Néanmoins, si le dépistage est proposé aux femmes âgées de 40 à 49 ans dans certains centres ou régions européennes, conformément aux ressources locales et aux standards de qualité atteints dans le dépistage proposé aux femmes plus âgées, les exigences suivantes sont nécessaires :

Les femmes doivent être clairement informées des bénéfices et effets secondaires possibles du dépistage.

Des programmes organisés doivent être mis en place afin de décourager le dépistage spontané effectué dans des centres sans système de contrôle de qualité adéquat.

Deux clichés de dépistage avec une double lecture et un intervalle de 12-18 mois doivent être préconisés.

Une gestion des données et une évaluation correcte sont indispensables.

À la Commission européenne et au Parlement européen

Des efforts continus doivent être menés pour améliorer le dépistage du cancer du sein en Europe, en encourageant

l'échange d'expériences. Cela peut être atteint au mieux par le prolongement des activités du réseau européen de dépistage du cancer du sein.

Une mise à jour du guide méthodologique doit être publiée à intervalles réguliers. La gestion de la qualité doit être assurée et doit comprendre : la formation et l'éducation en stratégie de management, la formation et le recrutement à long terme d'un personnel qualifié, l'assurance qualité pour la protection des consommateurs, ainsi que la gestion des aspects politiques, gouvernementaux, économiques, sociaux et techniques du programme.

La recherche de l'impact du dépistage du cancer du sein sur la mortalité, sur l'évolution des lésions détectées par la mammographie, sur les questions éthiques, sur l'acceptation par la population, sur les méthodes d'invitation, sur les aspects coût/efficacité et psycho-sociaux doit être encouragée. Ces activités de recherche doivent prendre en compte le dépistage par la mammographie des femmes des tranches d'âge de moins de 50 ans, et de 50 à 69 ans, mais aussi les femmes de plus de 70 ans. Un soutien doit être apporté pour le développement de systèmes appropriés d'enregistrement de données.

Un système doit être mis en place au niveau européen, pour l'accréditation des programmes de dépistage souhaitant devenir centre de référence dans le cadre du réseau de dépistage du cancer du sein.

Dépistage du cancer colo-rectal

Le taux d'incidence le plus élevé chez l'homme est observé en Irlande, en Autriche et au Danemark (58 à 61 pour 100 000), et le plus bas en Grèce (25 pour 100 000). Pour les femmes les taux d'incidence les plus élevés sont observés au Danemark, aux Pays-Bas et en Irlande (40 à 43 pour 100 000), et le taux le plus bas en Grèce (19 pour 100 000). Les taux de mortalité chez les hommes sont les plus élevés au Danemark et en Irlande (35 à 36 pour 100 000), et les plus bas en Grèce (9 pour 100 000). Malgré les progrès des techniques diagnostiques et des traitements, les taux de survie à 5 ans demeurent médiocres.

Le test de détection du sang occulte dans les selles, la sigmoidoscopie et la colosco-

pie ont tous été envisagés comme tests de dépistage du cancer du colon et du rectum.

Le test de détection du sang occulte dans les selles est le seul test qui a été amplement évalué comme outil de dépistage en population.

Quatre essais européens ont été mis en place (12-16). Il y a trois essais randomisés, à Funen, Nottingham et Gottenburg, et un essai non randomisé en Bourgogne. Dans le dernier essai, les populations de petites zones « cantons » ont été attribuées soit au groupe dépisté soit au groupe contrôle. Seuls deux tours de dépistage ont été effectués à Gottenburg. À Funen, à Nottingham et en Bourgogne, le dépistage a été proposé cinq fois. Une méta-analyse récente de tous les essais randomisés utilisant le test de détection de sang occulte dans les selles a montré une réduction de 16 % de la mortalité par cancer colo-rectal [17].

Des programmes pilotes de dépistage utilisant le test de détection de sang occulte dans les selles démarreront dans deux zones d'Angleterre et d'Écosse en 2000, et des projets pilotes sont envisagés dans une zone d'Autriche et d'Espagne. Un test annuel de détection du sang occulte dans les selles est proposé dans les activités de dépistage en Allemagne.

Des tests de détection du sang occulte dans les selles plus complexes ont été développés (18-19). Ils sont plus sensibles, mais leur spécificité en population n'est pas bien établie. L'efficacité de la sigmoidoscopie souple comme outil de dépistage est actuellement testée dans des essais randomisés en Angleterre et en Italie (20-21).

Recommandations

Aux États membres

Le cancer colo-rectal est un problème de santé majeur dans de nombreux pays européens. Le dépistage par détection de sang occulte dans les selles doit donc être sérieusement envisagé comme mesure de prévention. La décision de s'engager ou non dans des programmes de dépistage dépend de l'existence d'une expertise professionnelle et des priorités établies pour les ressources de santé.

Si les programmes sont mis en place, ils doivent utiliser le test de dépistage du sang occulte dans les selles, et la coloscopie doit être utilisée pour le suivi

d'un cas positif. Le dépistage doit être proposé aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans. L'intervalle de dépistage est de un ou deux ans. Les autres méthodes de dépistage comme les tests immunologiques, la sigmoidoscopie souple et la coloscopie ne peuvent pas actuellement être recommandées pour le dépistage en population.

À la Commission européenne et au Parlement européen

Des guides méthodologiques sur l'assurance qualité des programmes de dépistage du sang occulte dans les selles devraient être développés tant au niveau européen qu'au niveau national.

Des efforts devraient être poursuivis pour améliorer les tests de détection de sang occulte dans les selles. Ces tests doivent être minutieusement évalués en population, en particulier sur les aspects coût/efficacité, avant d'être proposés dans des programmes de dépistage organisés. L'efficacité de la sigmoidoscopie souple comme outil de dépistage doit être évaluée par des études randomisées contrôlées.

Dépistage du cancer de la prostate

Le taux d'incidence du cancer de la prostate le plus élevé est observé en Finlande (101 pour 100 000) soit quatre fois plus qu'en Grèce (24 pour 100 000). Cette différence prononcée entre pays européens pourrait être le reflet des différentes procédures médicales existantes, ainsi que le résultat de différentes expositions aux facteurs de risque. Cela est étayé par une variation plus faible des taux de mortalité, le plus élevé en Suède (36 pour 100 000) et le plus bas en Grèce (17 pour 100 000).

Le cancer de la prostate est plus fréquent dans les tranches d'âge élevées. D'autre part, étant donné l'augmentation de la longévité, une augmentation du nombre de cas est attendue pour les prochaines années [22]. Une part de l'augmentation de l'incidence, observée actuellement dans certains pays européens, est très certainement due au dépistage spontané, par l'antigène spécifique de la prostate PSA.

L'effet du dépistage de la prostate sur la mortalité n'a pas été documenté. L'examen rectal fait partie du bilan de santé

annuel proposé en Allemagne depuis les années soixante-dix, mais à part cela, le dépistage du cancer de la prostate n'est pas une procédure acceptée en Europe. Le dépistage spontané est cependant en augmentation. Aux États-Unis d'Amérique, l'incidence des cancers de la prostate a pratiquement doublé entre 1986 et 1992, et diminue ensuite après 1992. Cela est probablement dû au dépistage par le PSA [23]. Une légère baisse de la mortalité par cancer de la prostate a été observée en 1992, mais cette baisse ne comporte pas jusqu'à présent d'explication probante (24-25).

Une étude européenne randomisée de dépistage du cancer de la prostate (ERSPC) a été initiée en 1994 dans deux, puis sept pays de l'Union européenne. L'objectif de l'étude est de tester la réduction de 20 % de mortalité par cancer de la prostate après deux dépistages, chez des hommes suivis pendant dix ans. L'étude se propose de randomiser 192 000 hommes en groupe dépisté et groupe contrôle. En novembre 1999, 170 000 hommes avaient été randomisés ; les résultats définitifs sont attendus pour 2008.

L'ERSPC collabore avec l'Institut national du cancer aux États-Unis d'Amérique (NCI) sur les études de dépistage de la prostate, du poumon, du colon et des ovaires (PLOC). L'étude américaine comprendra 63 625 hommes. Une analyse commune est prévue. Entre-temps les données collectées offrent d'excellentes opportunités d'évaluation du test de dépistage (27-28), du suivi diagnostique potentiel [29], de la qualité de vie et des cancers d'intervalles.

Une mise à jour de la coopération internationale sera bientôt publiée [30]. Une revue exhaustive sur le dépistage de la prostate a été publiée récemment [31].

Recommandations

Aux États membres

Aussi longtemps qu'un bénéfice sur la mortalité du cancer de la prostate ou sur la qualité de vie n'a pas été démontré par les études randomisées, le dépistage de la prostate ne doit pas être recommandé comme politique de santé publique.

À la Commission européenne et au Parlement européen

L'essai randomisé européen doit être complété.

Conclusion

Les décisions de mise en place de programmes de dépistage doivent être prises dans le cadre de priorités d'utilisation des ressources de santé.

Le dépistage du cancer doit être proposé à des personnes en bonne santé, seulement si le dépistage a montré son efficacité sur la baisse de la mortalité spécifique ou de l'incidence, si les bénéfices et les risques sont bien connus, et si le coût/bénéfice du dépistage est acceptable. Actuellement, ces méthodes de dépistage sont :

- le frottis de dépistage pour les anomalies du col de l'utérus, commençant au plus tard à l'âge de 30 ans, mais pas avant 20 ans ;
- la mammographie de dépistage pour le cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans ;
- le sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colo-rectal pour les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans.

Aucun autre test de dépistage ne doit être proposé à des personnes en bonne santé, avant que ces tests n'aient démontré leur capacité à réduire la mortalité spécifique ou l'incidence. Une fois l'efficacité d'un nouveau test de dépistage démontrée (par exemple : un autre test pour le sang occulte dans les selles ou l'interprétation à partir d'échantillons de cellules du col de l'utérus), son évaluation pourrait être faite en utilisant des marqueurs intermédiaires.

Des tests de dépistage potentiellement prometteurs doivent être évalués par des essais randomisés contrôlés, comme c'est actuellement le cas pour :

- le test PSA du cancer de la prostate ;
- la mammographie de dépistage des femmes âgées de 40 à 49 ans ;
- la sigmoidoscopie souple pour le cancer colo-rectal.

Le frottis de dépistage des anomalies du col de l'utérus, la mammographie de dépistage des femmes de 50 à 69 ans et la dépistage du sang occulte dans les selles pour le cancer colo-rectal doivent être proposés seulement dans des programmes organisés avec une assurance qualité à tous les niveaux et une bonne information sur les bénéfices et les risques. ■

références

- Wilson JMG, Jungner G. « Principles and practice of screening for disease ». *Public Health Papers* 34. Geneva : World Health Organisation, 1968.
- Council of Europe : Committee of Ministers. « On screening as a tool of preventive medicine ». Recommendation no. R [94] 11. Strasbourg : Council of Europe, 1994.
- <http://iarc.fr>. International Agency for Research on Cancer. « Cancer Incidence Data Bases ». Eucan 1995 (retrieved 13 October 1999).
- Hakama M. « Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries ». In : Magnus K, ed. *Trends in cancer incidence*. Washington : Hemisphere publishing, 1982.
- Läära E, Day N, Hakama M. « Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries : association with organised screening programmes ». *Lancet* 1987 ; i : 1247-9.
- Sasieni PD, Adams J. « Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales : Analysis of trends with an age period cohort model ». *BMJ* 1999 ; 318 : 1244-5.
- IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. « Screening for squamous cervical cancer : duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies ». *Brit Med J* 1986 ; 293 : 659-64.
- Coleman D, Day NE, Douglas G, Farmery E, Lyng E, Philip J, Segnan N. « European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening ». *European Journal of Cancer* 1993 ; 29A supplement 4 : 1-38
- Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S, Andersson I, Bjurstram N, Fagerberg G, Frisell J, Tabár L, Larsson L-G. « Breast cancer screening with mammography : overview of Swedish randomised trials ». *Lancet* 1993 ; 341 : 973-8.
- Larsson L-G, Andersson I, Bjurstram N, Fagerberg G, Frisell J, Tabár L, Nyström L. « Updated overview of the Swedish randomised trials on breast cancer screening with mammography : age group 40-49 at randomisation ». *Monogr Nat Cancer Inst* 1997 ; 22 : 57-61.
- European Commission. *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening 2nd Edition*. European Commission, Bruxelles : 1996.
- Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, James PD, Mangham CM. « Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer ». *Lancet* 1996 ; 348 : 1472-7.
- Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. « Randomised study as screening for colorectal cancer with faecal-occult blood test ». *Lancet* 1996 ; 348 : 1467-71.
- Kewenter J, Brevenge H, Engaras B, Haglund E, Ahren C. « Results of screening, rescreening and follow-up in a prospective randomised study for detection of colorectal cancer by faecal occult blood testing. Results of 68,308 subjects ». *Scand J Gastroenterol* 1994 ; 29 : 468-73.
- Tazi MA, Faivre J, Dassonville F, Lamour J, Milan C, Durand G. « Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population : results of five screening rounds from 1988 to 1996 ». *J Med Screening* 1997 ; 4 : 147-51.
- Faivre J, Tazi MA, Milan C, Lejeune C, Durand G, Lamour J. « Controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer in Burgundy (France). Results of the first 9 years ». *Gastroenterology* 1999 ; 116 : A400 (summary).
- Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. « A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult ». *Brit Med J* 1998 ; 317 : 559-65.
- Saito H, Soma Y, Koeda J, Wada T, Kawaguchi H, Sobue T, Aisawa T, Yoshida Y. « Reduction in risk of mortality from colorectal cancer by fecal occult blood screening with immunochemical hemagglutination test. A case-control study ». *Int J Cancer* 1995 ; 61 : 465-9.
- Castiglione G, Zappa M, Grazzini G, Mazzotta A, Biagini M, Salvadori P, Ciatto S. « Immunochemical vs guaiac faecal occult blood tests in a population-based screening programme for colorectal cancer ». *Br J Cancer* 1996 ; 74 : 141-4.
- Atkin W, Cuzick J, Northover JMA, Whynes D. « Prevention of colorectal cancer by once-only sigmoidoscopy ». *Lancet* 1993 ; 341 : 736-40.
- Senore C, Segnan N, Rossini FP, Ferraris R, Cavalero M, Coppola F, Pennazio M, Atkin WS. « Screening for colorectal cancer by once only sigmoidoscopy : a feasibility study in Turin, Italy ». *J Med Screening* 1996 ; 3 : 72-8.
- Boyle P, Maisonneuve P, Napalkov P. « Geographical and temporal patterns of incidence and mortality from prostate cancer ». *Urology* 1999 ; 46 (Suppl 3A) : 47-55.
- Hankey BF, Feuer EJ, Clegg LX, Hayes RB, Legler JM, Prorok PC, Ries LA, Merrill RM, Kaplan RS. « Cancer surveillance series : Interpreting trends in prostate cancer - Part I : Evidence of the effects of screening in recent prostate cancer incidence, mortality, and survival rates ». *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 1017-24.
- Feuer EJ, Merrill RM, Hankey BF. « Cancer surveillance series : Interpreting trends in prostate cancer - Part II : Cause of death misclassification and the recent rise and fall in prostate cancer mortality. » *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 1025-32.
- Etzioni R, Legler JM, Feuer EJ, Merrill RM, Cronin KA, Hankey BF. « Cancer surveillance series : Interpreting trends in prostate cancer - Part III : Quantifying the link between population prostate-specific antigen testing and recent declines in prostate cancer mortality ». *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 1033-9.
- Auvinen A, Rietbergen JBW, Denis LJ, Schröder FH. « Prorok PhC for the International Prostate Cancer Screening Trial Evaluation Group. Prospective evaluation plan for randomised trials of prostate cancer screening ». *J Med Screening* 1996 ; 3 : 97-104.
- Beemsterboer PMM, Kranse R, Koning HJ de, Habbema JDF, Schröder FH. « Changing role for 3 screening modalities in the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (Rotterdam) ». *Int J Cancer* 1999 ; 84 : 437-41.
- Schröder FH, Van der Maas P, Beemsterboer PMM, Bocken Kruger AE, Hoedemaeker RF, Rietbergen JWB, « Kranse R. Digital rectal examination (DRE) - its value in the diagnosis of prostate cancer ». *J Natl Cancer Inst* 1998 ; 90 : 1817-23.
- Schröder FH, Crujjsen-Koeter I van der, Kranse R, Kirkels WJ, Koning HJ de, Vis A, Kwast Th van der, Hoedemaeker R. « Prostate cancer detection at low values of prostate specific antigen (PSA) ». *J Urology* (in press).
- Koning HJ de, Auvinen A, Berenguer Sanchez A, Calais da Silva F, Ciatto S, Denis L, Gohagan J, Hakama M, Hugosson J, Kranse R, Nelen V, Prorok PC, Schröder FH. « Large-scale randomised prostate cancer screening trials : program performances in the ERSPR- and PLCO-trials (European Randomised Screening for Prostate Cancer - and Prostate, Lung, Colorectal and Ovary cancer trials) ». (submitted).
- Schröder FH. Prostate Cancer. In : Kramer BS, Gohagan JK, Prorok PC (eds). *Cancer Screening : Therapy and Practice*. New York : Marcel Dekker Inc., 1999, pp. 461-514.