



## ONCOLOGIE

# CANCER DU COL UTÉRIN : LE DÉPISTAGE ORGANISÉ POUR 2015

Pour le cancer du col utérin ou colorectal, plus encore que pour celui du sein, les dépistages restent insuffisants.

**F**rédéric de Bels, responsable du département dépistage de l'Institut national du cancer (INCa), évoque la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et commente les polémiques sur le dépistage du cancer du sein.

### EGORA-PANORAMA

**DU MÉDECIN : Il semble très difficile en France d'atteindre des taux de dépistage satisfaisants. Quels sont les taux de participation des femmes aux différents dépistages ?**

#### Frédéric de Bels :

Pour le cancer du sein, on atteint environ 53 % de participation au dépistage organisé, sachant que, parallèlement, 10 à 15 % des femmes ont un dépistage individuel. Cela donne globalement un taux de dépistage aux alentours de 65 %, ce qui est assez proche du taux de 70 % retenu par les recommandations européennes pour avoir un réel bénéfice. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux de frottis, sur une période de trois ans, est aux alentours de 56 %. Cela signifie qu'il y a une proportion importante de femmes qui ne réalisent pas de frottis régulièrement. Enfin, il ne faut pas oublier le dépistage des cancers colorectaux. Ceux-ci représentent, globalement, la deuxième cause de décès par cancer (après le cancer du poumon). Même si les femmes ont une incidence de cancers colorectaux un peu plus faible que les hommes, il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent chez la femme. Donc il ne faut pas le négliger. Or le taux de dépistage stagne aux alentours de 32 %, alors que le taux



PHOTO :

jugé acceptable par les recommandations européennes est de 45 %.

**Faut-il chercher à augmenter le dépistage du cancer du sein, puisque l'on a des taux relativement corrects en combinant dépistage individuel et organisé ?**

Les femmes qui réalisent un dépistage individuel ne doivent pas avoir moins de chances que celles qui participent au dépistage organisé. Les mammographies réalisées dans le cadre de démarches individuelles ne sont pas évaluées. Le dépistage organisé bénéficie quant à lui d'une double lecture et fait l'objet d'un suivi et d'une démarche qualité. Il faut donc faire en sorte de tirer vers le haut le dépistage individuel ou encourager à ce que ces femmes s'orientent vers le programme organisé.

**Les bénéfices du dépistage du cancer du sein sont parfois remis en question. Une étude très récente publiée dans le BMJ ne montrait pas de bénéfice**

**du dépistage sur la mortalité par cancer du sein. Comment interpréter ce résultat ?**

Cette étude n'est pas contributive pour le dépistage tel qu'il est pratiqué en France. La stratégie évaluée était une mammographie annuelle pendant cinq ans chez des femmes de 40 à 59 ans. Il n'y avait guère de différence à attendre : cette étude, qui n'a duré que cinq ans, a inclus une majorité de femmes de moins de 50 ans au moment du dépistage ; et durant les nombreuses années de suivi après ces cinq années, les femmes ont eu, a priori, la même prise en charge mammographique. Ces résultats n'apportent, par ailleurs, rien par rapport aux résultats similaires déjà communiqués pour cette étude. C'est très différent de notre programme de dépistage du cancer du sein, qui comprend une mammographie tous les deux ans entre 50 et 74 ans. De nouvelles études feront peut-être évoluer le dépistage, mais pas cette étude-là qui, pourtant, va entretenir la polémique. Nous avons fait un point en octobre 2013, en utilisant les méthodes les plus rigoureuses,

qui montre un vrai bénéfice du dépistage. Pour nous, la conclusion est claire : le dépistage réduit la mortalité par cancer du sein de 15 à 21 % selon les études. Il permet d'éviter entre 150 et 300 décès par cancer du sein pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme de dépistage pendant sept à dix ans.

**L'étude du BMJ indique un taux de surdiagnostic élevé. Qu'en est-il dans le programme de dépistage organisé ?**

Le risque de surdiagnostic pour les programmes de dépistage organisé est estimé entre 10 et 20 % des cancers dépistés, probablement plus près de 10 %. Dans l'étude du *BMJ*, il était de 22 %, mais plus de la moitié des femmes étaient âgées de 40 à 49 ans. Si on étendait le dépistage en France aux femmes de moins de 50 ans, il est possible que le rapport bénéfices-risques reste favorable, mais nous aurions plus de surdiagnostic, plus de faux positifs, plus de cancers radio-induits et moins de bénéfices. Par ailleurs, il faut savoir que plus le recul après le dépistage augmente et plus la proportion de surdiagnostics diminue. Une très belle expertise a été réalisée par le Pr Marmott, au Royaume-Uni, qui conclut à l'intérêt du dépistage (*The Lancet*, publication en ligne 30 octobre 2012). ▶▶▶

### POUR EN SAVOIR PLUS

Le Plan cancer et le nouveau rapport « Les Cancers en France » peuvent être téléchargés sur le site de l'INCa, [www.e-sante.fr](http://www.e-sante.fr).





## Des installations encore hétérogènes

La France compte aujourd'hui une grande majorité d'installations de mammographie numérique (environ 1900 au premier semestre 2012, contre seulement 400 installations analogiques). Parmi celles-ci, les systèmes CR (utilisant des écrans radioluminescents à lecture laser) sont majoritaires, mais les systèmes DR (ou plein champ) sont en progression. À la suite d'études montrant un taux de lésions dépistées plus faibles avec les installations CR, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) a proposé en 2010 un contrôle de qualité avec un niveau d'exigence parmi les plus élevés. Cela a suscité un mouvement de protestation, en particulier de la part d'un fabricant, conduisant à revenir à un protocole plus souple. Un nouveau contrôle de qualité a été mis en place en 2013, sur la base du référentiel de 2010, qui a amené à écarter certaines installations CR. « Soit celles-ci ont été remplacées, soit le radiologue n'a plus eu l'autorisation d'utiliser ces mammographes », explique Frédéric de Bels. L'INCa doit publier prochainement une étude sur les performances des installations DR ou CR dans le cadre du dépistage organisé.

« Les résultats montrent des différences entre les installations, selon les marques, précise Frédéric de Bels, mais il faut rappeler que c'est l'ensemble de la chaîne de mammographie qui est concernée. Par ailleurs, le critère de performance ne peut être analysé de manière isolée, car un taux de détection plus élevé, notamment de cancers in situ, risque d'augmenter également le taux de surdiagnostics. » Actuellement, les taux de cancers détectés dans le cadre du dépistage organisé sont dans les normes européennes. « Il est important de remarquer que s'il n'y avait pas eu de dépistage organisé, nous n'aurions pas eu connaissance de ces écarts de performance, remarque Frédéric de Bels. Le dépistage organisé avec un contrôle de qualité permet de surveiller les capacités des installations. Cela a un impact sur l'ensemble des mammographies, qu'elles soient réalisées dans le programme organisé ou de manière individuelle.



PH. J. M.

►►► Le taux de surdiagnostics était de 19% à la sortie des études, mais dix ans après il descendait à 11%. Le surdiagnostic est inhérent au dépistage. Il est essentiellement lié à des cancers in situ qui n'auraient pas évolué ou auraient progressé très lentement, ce qui est le cas d'un à deux tiers des cancers in situ. Il faut avertir les femmes de ce risque. L'INCa a mis en place un observatoire des cancers in situ qui permet de suivre l'évolution des prises en charge. En pratique, les traitements sont mieux ajustés, pour éviter les sé-

quelles. Mais on n'en est pas encore à la surveillance active sans traitement des cancers in situ. Aucune étude n'a encore validé une telle approche.

**La Haute Autorité de santé (HAS) recommandait en 2010 la mise en place d'un programme national de dépistage du cancer du col.**

**Où en est-on ?**

Cela fait partie des mesures du Plan cancer 2014-2019. Il y est précisé que le dépistage va être généralisé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, en

ciblant les populations vulnérables ou qui ne participent pas au dépistage et n'ont par exemple pas de suivi gynécologique. Il s'agit essentiellement de femmes de plus de 50 ans, de femmes en situation précaire ou qui vivent dans des zones de faible densité médicale. Il y a déjà une pratique bien installée de frottis réalisés à titre individuel en France. Plus de 50% des femmes ne sont pas ou trop peu souvent dépistées, 40% le sont trop souvent. Désormais, il faut essayer d'améliorer les pratiques et d'atteindre les populations les plus vulnérables par des actions de proximité, en s'appuyant sur les médecins généralistes, les médecins traitants et les structures de gestion du dépistage. Actuellement, les gynécologues font 90% des frottis. Mais les sages-femmes peuvent également réaliser des frottis, et les médecins généralistes les effectuer ou les prescrire. Le généraliste joue un rôle essentiel. Il connaît bien ses patientes, il peut les informer, vérifier les dépistages, les relancer.

**Comment ces femmes seront-elles sollicitées ?**

Elles recevront une invitation à se faire dépister, comme dans le cas du cancer du sein. La formulation et les modalités exactes restent à définir, mais cela pourra être une invitation à faire un frottis en consultant soit un gynécologue, son médecin traitant ou une sage-femme. L'acte de dépistage sera totalement pris en charge.

**Dans combien de temps le programme organisé sera mis en place ?**

Probablement pas avant 2015. Cela ne signifie pas qu'il faille attendre pour engager ces femmes à faire un frottis. Nous allons publier prochainement un rapport avec des premières propositions en termes d'organisation du dépistage, et l'Institut de veille sanitaire (InVS) va remettre, fin juin, un rapport analysant les taux de participation dans

les treize sites ayant expérimenté un programme de dépistage. Nous mènerons également une étude médico-économique pour tester différents scénarios. Il faut respecter le temps de la consultation pour définir l'organisation optimale. Seront ainsi consultés les sociétés savantes, les associations professionnelles, de gynécologues, de généralistes, de sages-femmes, les laboratoires d'anatomopathologie.

**Quelle sera la place de la recherche du papillomavirus ?**

Le Plan cancer prévoit la possibilité d'autoprélèvements vaginaux, à la recherche de papillomavirus, pour les femmes qui ne font pas de frottis. Ces patientes pourraient avoir à disposition un kit pour faire cet autoprélèvement. Mais les modalités précises restent à définir. La priorité reste la mise en place du dépistage généralisé par frottis.

**Quels sont les résultats du programme de dépistage du cancer colorectal ?**

Ce programme est relativement récent, puisqu'il a été lancé en 2008-2009. Les résultats sont assez variables d'un département à l'autre, avec un taux de participation (retour du test), en 2011-2012, allant de 7% en Corse à 44,1% en Alsace. En moyenne, il était de 31,7% (33,7% chez les femmes, 29,6% chez les hommes). Les tests Hemocult devraient être remplacés prochainement par des tests immunologiques. Un appel d'offres européen a été lancé fin janvier, et ces tests devraient être utilisés pour le dépistage organisé d'ici à la fin de l'année. Il faut rappeler que les cancers colorectaux représentent 42 000 cas et 17 500 décès par an, alors que si on les détecte tôt les chances de guérison s'élèvent à 90%. Pour ce dépistage, comme pour celui du cancer du sein et celui du cancer du col, le rôle du médecin généraliste est prépondérant. •

Entretien Dr Chantal Guéniot

