

Prévention

Dépistage des cancers et responsabilité

Un entretien avec le **Dr Jérôme VIGUIER**

Responsable du département dépistage à l'Institut national du cancer

Le développement des campagnes de dépistage des différents cancers confère aux médecins traitants un rôle spécifique qui n'est pas toujours bien connu. Cette mission, très encadrée, génère-t-elle pour eux de nouvelles responsabilités ? Nous avons rencontré le Dr Jérôme Viguié, Responsable du département dépistage à l'Institut national du cancer (INCa), créé par la loi de santé publique de 2004 pour conduire une politique nationale coordonnée de lutte contre le cancer.

Pouvez-vous retracer les débuts du dépistage organisé du cancer en France ?

Dr Jérôme Viguié : Les premières expériences locales de dépistage du cancer du sein ont démarré en France en 1988-1989. Ces initiatives ont été soutenues par le ministère de la santé et la généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été annoncée en 2000. En 2004, le dépistage organisé du cancer du sein était opérationnel dans la totalité des départements français.

En ce qui concerne le cancer colorectal, des programmes pilotes de dépistage ont démarré à partir de 2002 dans 23 départements. La généralisation a été décidée en 2005. A ce jour, il est opérationnel dans 88 départements. L'objectif de 100 % des départements sera atteint fin 2008.

Il existe également des expérimentations pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mais à une échelle plus limitée puisqu'elles concernent quatre départements. Toutefois, le dépistage à titre individuel de ce cancer est déjà bien développé en France.

Qui procède aux choix de santé publique présidant aux campagnes de dépistage et sur quelles bases ?

Dr Jérôme Viguié : Les choix de santé publique appartiennent à l'Etat qui les met en œuvre avec la direction générale de la santé [article L. 1411-1 du code de la santé publique (CSP)]. Les fondements de ces choix reposent notamment sur des avis d'expertise qui ont trois sources : des commissions d'experts auprès du ministère de la santé, des avis de l'Anaes puis de la HAS, des avis de l'INCa. Ces avis sont rendus à partir d'études et de l'analyse de la littérature.

Par ailleurs, il existe des normes européennes qui ont été intégrées dans la pratique française puisque la Commission européenne s'est prononcée en faveur du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

Sur quels fondements éthiques et philosophiques l'Etat intervient-il dans la recherche de pathologies des citoyens, par définition libres de leurs choix relatifs à leur santé ?

Dr Jérôme Viguié : L'Etat intervient en premier lieu dans un souci de protection du patient. Lorsque l'on sait qu'un dépistage précoce augmente les chances de survie des patients, qu'il y a 42 000 nouveaux cas annuels de cancer du sein, et près de 37 000 nouveaux cas de cancers colorectaux, et que ces deux cancers sont à l'origine de presque 30 000 décès annuels, l'Etat

doit jouer un rôle de prévention. Ce rôle est mis en œuvre dans le cadre de politiques de santé publique qui sont celles du dépistage organisé. C'est une responsabilité collective.

Dans les choix de l'Etat intervient aussi l'aspect économique lié au coût du traitement du cancer, qui est très élevé lorsque le diagnostic est tardif.

Dans tous les cas, le dépistage organisé est une proposition faite à un citoyen. Il a le droit de la refuser, il ne s'agit pas d'une mesure coercitive, et ce d'autant que la loi du 4 mars 2002 confirme la nécessité du consentement du patient. Il n'y a pas en France de mesure discriminatoire, la prise en charge de son cancer sera équivalente s'il n'a pas participé au dépistage.

Quelles sont les structures qui ont été mises en place et quel est leur financement ?

Dr Jérôme Viguié : Il existe dans chaque département une structure de gestion dirigée par un médecin, qui dépend le plus souvent d'une association loi de 1901. Ces structures sont cofinancées par l'assurance maladie et par l'Etat, avec parfois une participation du conseil général. Leur rôle est notamment de gérer un fichier informatique, qui leur est transmis par l'assurance maladie, comportant les populations cibles (femmes et hommes de 50 à 74 ans). La structure de gestion assure le traitement de ce fichier (doublons, décès, déménagements...), forme et mobilise les acteurs de santé intervenant dans le dépistage, informe et sensibilise la population et assure le suivi des résultats du dépistage.

Pour le dépistage du cancer du sein, ces structures adressent à chacune des femmes sélectionnées une lettre lui proposant de réaliser une mammographie dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein. Cette mammographie est intégralement prise en charge par l'assurance maladie. Elle est réalisée chez un radiologue agréé en fonction de critères définis par des arrêtés (notamment minimum de 500 mammographies par an). Les clichés sont transmis pour une deuxième lecture à un autre radiologue (qui réalise la lecture d'au moins 2 000 mammographies par an). Cette deuxième lecture permet de « rattraper » 5 % des cancers sur des mammographies considérées comme normales après la première lecture. Les radiologues s'engagent à respecter un protocole de dépistage défini par un cahier des charges publié au Journal officiel, reposant sur des critères stricts, mettant en œuvre un processus d'assurance qualité et garantissant un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire. Ce programme de dépistage fait l'objet d'un processus d'évaluation par l'Institut de veille sanitaire.

Pour le cancer colorectal, les mêmes structures de gestion invitent par courrier la population cible à se rendre chez son médecin traitant afin de se faire remettre le test Hémocult[®] et expliquer la démarche de dépistage. Ce dispositif est différent de celui du cancer du sein car la décision d'inclusion ou non du patient dans le processus de dépistage appartient aux médecins traitants. Le médecin traitant informe son patient de la procédure : test Hémocult[®] puis, s'il est positif, une coloscopie.

Le patient est-il informé des limites de ce dépistage ?

Dr Jérôme Viguié : Ce dispositif qui permet un contact direct entre le patient et son médecin traitant a pour objectif de donner une information complète au patient sur les modalités du dépistage mais également sur ses limites. Par exemple, pour le dépistage du cancer colorectal, le message du médecin traitant, le dépliant d'information joint à la lettre d'invitation et même le courrier de résultat négatif rappellent qu'il faut rester vigilant, même après un Hémocult[®] négatif, en raison du nombre important de faux négatifs (50 %). L'information des patients sur les limites de ce dépistage est donc très importante. Elle est

systématiquement abordée dans les formations des médecins qui précèdent la mise en place du dépistage.

Qu'en est-il lorsque le patient dit d'emblée qu'il n'acceptera pas la coloscopie ?

Dr Jérôme Viguié : La procédure est globale et doit être présentée comme telle : un test de recherche de sang dans les selles suivi d'une coloscopie s'il est positif. Le rôle du médecin traitant est d'informer son patient sur les risques réels de la coloscopie (à partir de l'information délivrée par les sociétés savantes) et de dédramatiser cet acte. En effet, cet acte qui ne concernera au final que 2,7% des personnes se complique 1 fois sur 1 000. Il n'est pas licite de mettre en œuvre une procédure vouée à être incomplète du fait du patient. Il appartient au médecin de reparler régulièrement de ce protocole complet, si besoin avec plusieurs consultations, afin d'obtenir son consentement pour l'ensemble.

Certaines structures de gestion se sont posé la question de leur responsabilité en cas de refus de coloscopie par un patient après un test positif. Quelques-unes ont alors prévu l'envoi d'une lettre recommandée avec AR au patient afin de s'assurer qu'il a bien reçu les résultats et qu'il connaît la nécessité de la réalisation de la coloscopie. Dans l'ensemble, le taux de réalisation de la coloscopie après Hémocult[®] positif est de 87 %. Par l'envoi de cette lettre recommandée, certains départements arrivent à des taux de 96 %.

L'objectif du dépistage est de permettre un suivi tous les deux ans des patients avec une fidélisation par la répétition du message de prévention. L'expérience montre que les patients participant au dépistage sont plus sensibilisés et attentifs aux symptômes et que les cancers sont ainsi dépistés plus précocement, même s'ils ne l'ont pas été par la réalisation d'un Hémocult[®].

Lorsque le patient ayant un Hémocult[®] positif refuse la coloscopie, faut-il lui proposer une coloscopie virtuelle ?

Dr Jérôme Viguié : La coloscopie virtuelle correspond à la réalisation d'un scanner avec préparation et insufflation d'air dans le côlon. Elle est aujourd'hui en cours d'évaluation. Elle peut rater certaines lésions coliques de petite taille. Près de la moitié des coloscopies suite à un test positif nécessiteront un geste endoscopique (biopsie ou exérèse), impossible en coloscopie virtuelle. La coloscopie reste donc l'examen de première intention et la coloscopie virtuelle n'a d'intérêt qu'en cas de contre-indication à la coloscopie ou de coloscopie incomplète.

Les médecins traitants ont-ils, selon vous, le choix de ne pas participer aux campagnes nationales de dépistage quand ils n'approuvent pas les choix qui ont été faits ? Quelle serait la responsabilité de ceux qui priveraient leurs patients d'un diagnostic précoce ?

Dr Jérôme Viguié : Notre rôle premier est de convaincre les confrères de l'intérêt de proposer ces dépistages. Les médecins traitants qui refuseraient de participer au dépistage organisé doivent avoir en tête que l'article 12 du code de déontologie médicale (article R. 4127-12 CSP) dispose que « *les médecins doivent apporter leur concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé* ». De plus, un patient ayant développé ultérieurement un cancer pourrait reprocher à son médecin traitant de ne pas lui avoir proposé ou rappelé le dépistage existant et réclamer l'indemnisation de la perte de chance liée au retard de sa prise en charge.

Cependant, l'existence d'un programme organisé générant des invitations de façon systématique ne supprime pas l'obligation des médecins d'assurer le suivi préconisé de leurs

patients. En effet, on peut envisager par exemple qu'une patiente ne reçoive pas la lettre d'invitation au dépistage du cancer du sein, suite à un déménagement ou un changement de régime d'assurance maladie. Il est important que son médecin traitant ou son gynécologue s'assurent qu'elle fait bien l'objet d'un suivi et, le cas échéant, lui prescrivent un dépistage. Mais dans ce cas, la responsabilité des pilotes nationaux du programme pourrait elle aussi être recherchée pour défaut d'envoi de la lettre d'information à une patiente appartenant à la population cible.

En matière de dépistage, quel est le rôle du médecin du travail pour des salariés n'ayant pas de médecin traitant ?

Dr Jérôme Viguié : Le rôle premier du médecin du travail concerne la santé au travail. Toutefois, les médecins du travail ont également un rôle de sensibilisation des salariés sur ces pathologies et d'information sur le dépistage lorsque le salarié se trouve dans la population ciblée. Dans certains départements, ils participent à la remise des tests pour le dépistage du cancer colorectal, mais leur intervention reste limitée car l'essentiel de cette population n'est plus en activité professionnelle.

L'efficacité de la campagne de dépistage du cancer du sein a-t-elle été démontrée ?

Dr Jérôme Viguié : L'efficacité sur la mortalité d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein a été démontrée. La persistance en France d'un dépistage individuel, opportuniste, en marge du programme national, rend plus difficile la mesure de son impact. Le dépistage organisé a longtemps été considéré comme le « dépistage du pauvre ». Or, cette image péjorative est inexacte car c'est le seul dépistage évalué et contrôlé. Par exemple, il y a une formation obligatoire pour la lecture de la mammographie par les radiologues agréés avec un quota d'actes à réaliser. La procédure appliquée dans le cadre du dépistage organisé est une procédure de qualité avec par exemple une seconde lecture des mammographies jugées normales. L'évaluation du programme, réalisée par l'Institut de veille sanitaire et l'INCa, permet d'envisager des mesures correctrices dans l'organisation. Le dépistage individuel, lui, n'est pas évalué.

Aujourd'hui, 50,7 % des femmes entrant dans la cible sont prises en charge dans le cadre du dépistage organisé et, avec le dépistage individuel, on peut dire que plus de 60 % des femmes de la tranche d'âge ciblée sont dépistées.

Quelles sont les perspectives d'avenir ?

Dr Jérôme Viguié : Pour les prochaines années, l'avenir du dépistage du cancer du sein se trouve dans la technologie numérique qui, à efficacité égale, engendre une irradiation moindre. Le tarif de l'acte est le même. Il nécessite pour le radiologue un important investissement en matériel, mais le temps de réalisation des clichés est diminué. La mammographie numérique vient d'être autorisée dans le dépistage organisé du cancer du sein par un arrêté du 24 janvier 2008 (Journal officiel du 5 février).

Pour le cancer colorectal, la HAS doit rendre en 2008 un rapport sur les tests immunologiques qui ont une meilleure sensibilité tout en conservant une relativement bonne spécificité et qui, à l'avenir, pourraient remplacer l'Hémocult®.

Un nouveau dépistage s'organise pour le cancer du col de l'utérus : il y a trois programmes pilotes en Isère, Martinique et Alsace pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, avec l'examen de dépistage classique qui est le frottis cervico-utérin.

Des projets sont en cours, notamment pour le mélanome, pour lequel il existe la journée de dépistage du mélanome organisée par le syndicat national des dermatologues, journée à laquelle l'INCa est associé. L'objectif actuellement poursuivi est de chercher à mobiliser de nouveaux acteurs de santé comme les kinésithérapeutes qui voient très souvent la peau des patients ainsi que les instituts d'esthétique du fait de l'utilisation des UV.

Pour le cancer de la prostate, les résultats d'études internationales sont attendus et guideront l'action de l'INCa. Il n'y a actuellement pas d'action particulière sur le cancer du poumon. Un programme spécifique mobilisant les chirurgiens-dentistes va être lancé pour la détection précoce des cancers de la cavité buccale.

Propos recueillis par Delphine DUBUARD