



Paris, le 15 janvier 2009

Prévention des cancers
Propositions de la Société Française de Santé Publique
à la commission cancer en charge d'élaborer le nouveau plan cancer 2009- 2014

François Bourdillon, Catherine Bernard, Emile Phan Chan The, Omar Brixi, François Baudier

Dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan cancer, la Société française de santé publique (SFSP) a choisi d'axer sa réflexion sur les questions de prévention. Elle ne sous-estime pas pour autant les questions relatives aux soins, à la prise en charge, à la prise en compte de la douleur, des soins de fin de vie, à la surveillance épidémiologique, à la recherche. Elle souhaite même que soit préservée et approfondie l'approche intégrée qui a prévalu jusqu'à ce jour c'est-à-dire prenant en compte les aspects de soins, de prévention et de recherche

Les cancers sont des affections multirisques liées à de nombreux facteurs : aux modes et conditions de vie, aux expositions à des cancérigènes quelles soient professionnelles ou environnementales, à des facteurs biologiques en particulier infectieux et à des facteurs individuels en particulier de susceptibilité génétique. De nombreuses publications et travaux de recherche analysent les facteurs de risques, les liens qui existent entre comportements et cancers, entre alimentation et cancers¹, entre environnement et cancers², entre risques infectieux et cancers. Deux particularités doivent être soulignées : les facteurs de risque ne sont pas spécifiques aux seules maladies cancéreuses ; le délai entre exposition et survenue du cancer est souvent très long pouvant atteindre plusieurs dizaines d'années. La prévention est encore une voie sous-estimée. L'émergence des risques environnementaux est notamment à prendre en compte. Ce n'est ni la volonté ni le discours mais une sorte de déficit de lucidité à situer les atouts, les contraintes, les contradictions et à construire avec la société et ses composantes, des niveaux de compromis d'intérêt général. Ainsi, alors que se profilent et s'affirment les risques chimiques, si le programme REACH apparaît comme une réponse au niveau européen, le compromis sur le nombre de molécules et les délais d'évaluation a priori de la toxicité semblent largement en dessous des risques encourus.

¹ World Cancer Research Fund (WCRF) and American Institute for Cancer Research, *Food, Nutrition, Physical activity and the prevention of cancer, a global perspective* 2007, D.C. AICR: Washington

² AFSSET / INSERM, *Cancers et environnement Expertise collective*. 2008

Les approches de prévention primaire sont le plus souvent des approches par risque qui interrogent nos choix de société, les conditions de vie et de travail. La SFSP souhaite rappeler qu'en prévention primaire, il reste beaucoup à faire en matière de consommation d'alcool et de tabac, d'alimentation, mais aussi dans le domaines de l' environnement et de la protection des travailleurs. Même si ces dernières années, les politiques de lutte contre le tabac ont été particulièrement incisives et si la prise de conscience des risques environnementaux devient réelle, les efforts doivent être accentués et des choix politiques faits dans une logique de promotion de la santé.

Les stratégies de dépistage (prévention secondaire), à la recherche d'une pathologie non symptomatique afin d'envisager un traitement précoce, se sont fortement développées ces dernières années notamment sous l'impulsion du plan cancer 2003. Le dépistage du cancer du sein et celui du cancer colorectal sont aujourd'hui généralisés. Des efforts sont encore à fournir pour atteindre les taux cibles de participation, mieux prendre en compte les inégalités sociales en matière de dépistage des cancers et mieux repérer les travailleurs ayant été exposés pendant leur vie professionnelle à des agents cancérigènes.

Enfin, la SFSP souhaite attirer l'attention sur les questions de réinsertion sociale des patients ayant eu un cancer (prévention tertiaire), tant il semble persister de discriminations vis-à-vis de ces personnes.

1- Prévention Primaire

Cette prévention s'est développée selon une approche par risque : tabac, alcool, alimentation, lutte contre la sédentarité, diminution des expositions environnementales, vaccination contre les virus cancérigènes. Celle-ci doit être poursuivie. Il faut être conscient du poids relatif de ces facteurs : le tabac et l'alcool sont les principales causes de cancer. 36.000 décès/an par cancer sont attribuables au tabac et 16 000 à l'alcool. La lutte contre le tabac et la consommation excessive d'alcool reste donc une priorité absolue. Les approches doivent intégrer la notion de multirisques afin de mieux prendre en compte l'ensemble des risques qu'ils soient liés aux modes et conditions de vie, à l'alimentation et à l'exposition à des risques environnementaux.

1-1 Tabac

La stratégie de lutte contre le tabac s'est positionnée essentiellement sur 4 axes :

- la limitation de l'accès au tabac par l'augmentation du prix de vente des cigarettes. Le prix du tabac a un effet important sur la consommation du tabac ;
- la dénormalisation du tabac dans la société française avec l'interdiction de la publicité, des campagnes très affirmées de prévention grand public et d'éducation pour la santé, la réduction de l'attrait des emballages de tabac, la signature par la France de la convention cadre des Nations unies pour la lutte antitabac;
- l'encouragement à l'arrêt de la consommation du tabac et l'amélioration de l'offre de sevrage ;
- le renforcement des aides de l'Etat aux associations luttant contre le tabac.

Si des avancées majeures ont pu être obtenues avec une diminution de la prévalence du tabagisme et la baisse de l'exposition au tabagisme d'autrui force est de constater que la prévalence du tabagisme ne se réduit plus depuis 4 ans. La France reste un pays de fumeurs avec une prévalence au-dessus de la moyenne européenne. Il faut persister dans les mesures prises et les consolider, s'appuyer sur une stratégie positive de valorisation des processus de dénormalisation en cours, s'armer de patience. Il faut savoir que l'impatience ou l'accentuation des approches répressives ou des dissuasions par les prix peuvent aussi générer des effets pervers ou non désirés.

Parmi les nouveaux axes envisageables pour les politiques publiques de lutte contre le tabagisme, il conviendrait en particulier de mieux prendre en compte les points suivants :

- ***tenir compte dans les campagnes de prévention de la distribution sociale des consommations de tabac, de la fréquence accrue des multi-consommations associant en particulier l'alcool et le caractère multiple des expositions sur les lieux de vie et de travail (amiante, formaldéhyde...).*** Il existe un effet synergique et potentialisateur entre les cancérigènes professionnels et extraprofessionnels. L'exposition à l'amiante et au tabagisme actif augmente de 50 fois le risque d'avoir un cancer du poumon.
- ***permettre une meilleure accessibilité au sevrage tabagique en considérant :***
 - o ***les actions de proximité au plus près des lieux de vie ou de travail.*** Les médecins du travail devraient devenir des acteurs actifs dans le sevrage tabagique car non seulement ils ont des missions de prévention mais ils ont aussi connaissance des autres expositions possibles à des cancérigènes. Enfin, il faut savoir que plus de 30 % des salariés ne consulte pas d'autres médecins dans l'année que le médecin du travail.
 - o ***la prise en charge financière des produits de substitution et de l'accompagnement*** dans une logique de réduction des inégalités sociales.

1-2 Alcool

La stratégie alcool s'est positionnée très différemment. Elle est essentiellement basée sur la notion de *risque alcool* qui se réfère aux seuils de consommation à risque identifiés par l'OMS. Par contre, la loi Evin (1991) qui encadrerait strictement la publicité a fait l'objet de 3 amendements dont le dernier en janvier 2005 autorise les références aux appellations d'origine et celles objectives relatives à la couleur et aux caractéristiques olfactives et gustatives des produits. De fait, aujourd'hui de nombreux supports publicitaires sont utilisés : presse écrite pour adultes, radio entre minuit et 17 h (sauf le mercredi), affiches et enseignes (y compris dans les stades, rétabli par un amendement en 1994), brochures commerciales, affichettes et objets dans les lieux de vente spécialisée (fêtes, foires traditionnelles, musées, véhicules de livraison, objets promotionnels). Un débat est à l'ordre du jour sur l'opportunité d'ajouter Internet à la liste des supports déjà autorisés pour la publicité.

Dans le domaine des luttes contre les consommations excessives d'alcool, il conviendrait de développer une prévention globale, humaine et raisonnée évitant toute position manichéenne. En effet, pour légitimer le discours sur le risque et la mesure, il faut éviter de se laisser enfermer dans un néo-hygiénisme basé sur des interdictions strictes et savoir parler du plaisir, de la convivialité que procurent des consommations d'alcool. Les politiques

publiques de lutte contre les consommations excessives d'alcool mériteraient donc d'être accentuées mais aussi s'adjoindre de nouveaux axes.

Il conviendrait de :

- **tenir compte dans les campagnes de prévention de la distribution sociale des consommations d'alcool, de la fréquence accrue des multi-consommations**
- **accentuer**
 - o **le recours à la notion de "situation à risque"**, par exemple au cours de la grossesse, lors de certaines activités, en certains lieux et à certains moments : conduite automobile, travail (et retraite !), loisirs et vacances, manifestations sportives..., ce qui est un moyen de toucher l'ensemble de la population à tous les âges de la vie ;
 - o **les stratégies dites d'intervention précoce** en sensibilisant les personnes qui s'exposent à des risques (usages à risques, usages problématiques ou abus) et qui, à ce moment de leur trajectoire où la dépendance n'est pas installée, n'ont pas forcément besoin d'une intervention intensive ou d'un traitement mais qui peuvent modifier leur comportement avant qu'il ne devienne chronique ou grave.
- **trouver le juste équilibre sur l'encadrement de la publicité.** Lever toute interdiction de publicité ne peut qu'amener à une augmentation à terme de la consommation d'alcool ;
- **adjoindre aux approches de prévention universelle (campagnes générales d'information qu'il s'agisse de tabac ou d'alcool) :**
 - o **une prévention de proximité** pour relayer directement auprès de la population, à tous les âges de la vie et en tous lieux, les mesures et actions relevant de la prévention universelle ;
 - o **des actions visant à accroître les capacités de changements d'attitudes et de comportements** afin de diminuer les conséquences nocives des consommations.

1-3 Alimentation, nutrition et sédentarité

De nombreux liens existent entre mode de préparation et consommation alimentaire et cancers³. Surcharge pondérale, sédentarité, faible consommation de fruits et légumes... sont des déterminants de plusieurs pathologies dont les cancers et les maladies cardiovasculaires.

La très grande fréquence du surpoids et de l'obésité -qui touchent un tiers de la population française adulte et 17,5% des enfants- avec une augmentation importante de la prévalence ont amené les pouvoirs publics à prendre des mesures ; mesures qui ont été inscrites dans les programmes nationaux : programme national nutrition santé, plan cancer et Loi de santé publique. Il est difficile aujourd'hui de dire si toutes ces initiatives ont contribué à améliorer les consommations alimentaires des français. Si certains se réjouissent de constater une inflexion de l'augmentation de l'obésité observée (étude Obépi), cela ne doit pas cacher que la prévalence de l'obésité reste très importante et qu'elle continue de croître. 60 % des enfants français ont des consommations en matières grasses dépassant les

³ InVS, et al. Alimentation Nutrition et Cancers, Vérités, hypothèses et idées fausses, in Brochure 2003: Paris.

recommandations des nutritionnistes et 65,2% ont des consommations excessives en sucres simples¹.

Le programme national nutrition santé a permis le renforcement du dépistage et de la prise en charge de l'obésité, la définition de critères nutritionnels pour les repas servis dans les cantines, l'enseignement de l'équilibre alimentaire dans les programmes scolaires, l'information et la sensibilisation des parents...

La publicité reste le seul domaine dans lequel aucune mesure nationale d'encadrement n'a été décidée. Pourtant l'impact de certaines publicités vis-à-vis des comportements alimentaires est démontré. Ainsi dès 2002, une étude demandée par la Direction Générale de la Santé montrait la forte imprégnation des publicités télévisées auprès d'enfants de 6 à 12 ans et leur effet sur les préférences alimentaires des enfants. En 2003, une étude exhaustive réalisée pour la *Food Standards Agency* (F.S.A.) britannique démontrait que la publicité pour les produits alimentaires a une influence sur les préférences, le comportement d'achat et la consommation des enfants, et que cette influence incite non seulement les enfants à préférer la marque mise en avant par rapport à d'autres marques, mais aussi à préférer la catégorie d'aliments promue par rapport à d'autres aliments ne bénéficiant pas de soutien publicitaire.

Il faut aussi savoir que 87 % des publicités diffusées pendant les programmes pour enfants continue, années après années, à porter sur des produits particulièrement gras, sucrés ou salés.⁴. Les Suédois, les Norvégiens, les Canadiens ont déjà interdit la publicité alimentaire lors des émissions pour enfants.

Le 17 novembre 2006, Xavier Bertrand, Ministre de la Santé, a signé, au nom de la France, la Charte européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la lutte contre l'obésité, demandant aux autorités publiques et aux parlements nationaux de « *réduire sensiblement l'ampleur et l'impact de la promotion commerciale des aliments et boissons à haute densité énergétique, particulièrement auprès des enfants* ».

Pour le développement des futures actions de prévention en matière d'alimentation, il conviendrait de :

- ***poursuivre le programme national nutrition santé en insistant sur l'importance de développer une prévention de proximité*** pour relayer des messages sur une alimentation équilibrée et l'importance de l'activité physique directement auprès des enfants et de leurs parents mais aussi des décideurs et acteurs locaux (élus, clubs sportifs, gestionnaire de cantine, etc.)
- ***encadrer la publicité télévisée pour les aliments gras, sucrés aux heures d'écoute des enfants.***

⁴ Etude "Obésité infantile et publicités télévisées : bilan 2006-2007" - Septembre 2007 – UFC-Que Choisir.

1-4 Environnement

Les liens entre cancers et les composantes liées à notre environnement (lieu de vie et de travail) font l'objet de multiples travaux. Certains sont avérés, d'autres sont suspectés et posent la question de leur évaluation et du recours au principe de précaution.

Il existe des liens pour le benzène, les radiations ionisantes, certains métaux comme le cadmium, le Chrome VI..., suite à des expositions prolongées et répétées aux rayonnements solaires et aux UV artificiels (mélanomes), au radon (cancers du poumon), à une des dioxines. Certains pesticides sont mis en cause dans l'augmentation des tumeurs cérébrales, les champs d'extrême basse fréquence (ELF) seraient possiblement cancérigènes...

Les modifications de l'environnement pourraient être partiellement responsables de l'augmentation constatée de l'incidence de certains cancers (qui n'est pas seulement liée aux évolutions démographiques ni à l'amélioration des diagnostics). Cette hypothèse fait l'objet d'efforts de recherche constants, portant à la fois sur la mesure de l'exposition des populations à des cancérigènes avérés ou probables, et sur l'existence et la nature du lien causal. L'Afsset et l'Inserm viennent de faire une synthèse des publications scientifiques sur le thème cancer et environnement⁵.

Les approches préventives sont de plus en plus intégrées. Elles associent des approches par programme : réduction des pollutions pour les produits phytosanitaires, programme de réduction des émissions de polluants atmosphériques, et de multiples mesures de la Loi de santé publique, du plan cancer et du plan santé environnement. Il est important d'être attentif à la cohérence et la complémentarité des différents programmes en cours d'élaboration en particulier avec le PNSE 2.

La SFSP souhaite attirer l'attention sur quelques points. Il faut :

- **repenser la philosophie de la gestion des risques** afin de mieux prendre en compte l'ensemble des risques qu'ils soient liés aux modes de vie, à l'alimentation et à l'exposition à des risques environnementaux. Le National Cancer Institute (NCI) et le National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) ont publié un rapport « Cancer and the environment » en considérant l'environnement comme l'ensemble des facteurs de risque, y compris ceux relatifs au mode de vie. Ce rapport⁶ écrit : « On peut estimer que jusqu'à deux tiers des cancers sont liés à des causes environnementales. Il se peut que ce nombre puisse être plus élevé encore ».
- **prendre en compte de manière très spécifique le milieu professionnel** car les expositions aux cancérigènes sont souvent sous-estimées, comme sont d'ailleurs insuffisamment reconnus et réparés les cancers d'origine professionnelle :
 - o **il faut tenir compte des doses d'expositions, des durées et des multi-expositions et généraliser les fiches d'exposition** et d'attestation d'exposition aux CMR de niveau 1 et 2 (notamment dans les TPE/PME) et aux produits classés par le CIRC (liste 1 et 2A).

⁵ AFSSET / INSERM, *Cancers et environnement Expertise collective*. 2008

⁶ [NCI, NIEHS (2003) "Cancer and the Environment" <http://www.niehs.nih.gov/health/docs/cancer-enviro.pdf>

- ***il faut poursuivre les efforts de réduction des expositions des travailleurs aux agents cancérigènes en élargissant la liste aux agents classés CIRC 1 et CIRC 2***
 - Quarante-cinq « nuisances » classées comme carcinogènes avérés ou potentiels ne font pas l'objet de tableaux de maladies professionnelles en France, dont 17 appartiennent à la liste 1 du CIRC et 28 appartiennent à la liste 2A du CIRC.
 - ***mieux prendre en compte le principe de précaution, devenu en 2005 principe constitutionnel.*** C'est quand même l'événement majeur survenu entre les 2 plans et le nouveau plan cancer ne peut pas ne pas en tenir compte C'est pourquoi la prise en considération des substances cancérogènes ne doit pas être limitée aux CMR1 et 2, mais inclure non seulement les CMR3 mais aussi les perturbateurs endocriniens⁷
 - ***Il faut développer un système d'information afin de mieux évaluer les risques, les expositions, le suivi des personnes exposées***
 - Un investissement important est à faire dans ce domaine tant sur le plan de la méthode que des moyens à allouer.
- ***suivre les recommandations de l'OMS et du Grenelle de l'environnement sur la qualité de l'air notamment pour les quantités de particules fines PM2,5 < 10µg/m³***
 - ***envisager sérieusement la réduction des expositions au radon*** car il existe des techniques architecturales qui ont montré leur efficacité.

1-5 Risques infectieux

La responsabilité des agents infectieux dans la survenue du cancer est réel : virus de l'hépatite B et C (hépatocarcinome), papillomavirus (cancer de l'utérus), Virus Epstein-Barr dans les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens... En prévention primaire, la vaccination peut avoir un impact sur la réduction de l'incidence des cancers.

S'agissant de l'hépatite B pour laquelle on dispose d'un vaccin très efficace. La couverture vaccinale est chez les enfants de CM2 de 38% et reste très insuffisante et très en-deçà de celles de nos voisins européens ou étatsuniens (90% des enfants américains sont vaccinés) et des valeurs cibles de l'OMS.

⁷ 2 exemples :

- les parabens, conservateurs utilisés dans de nombreux produits de beauté. Des tests sur des cellules mammaires humaines et sur des souris ont prouvé que les cinq types de parabens avaient un effet de type « perturbation endocrinienne ». Ils traversent la peau et on les retrouve dans les urines mais aussi dans les tumeurs mammaires. Avec un tel faisceau de présomptions, cela devrait suffire à les retirer de tous les produits! Ce serait absurde d'attendre pour agir d'avoir la preuve que les petites filles exposées dès la naissance via les lingettes imprégnées en parabens par exemple font des cancers du sein 50 ou 60 ans plus tard. Qui peut prendre un tel risque ?

- Le perchloréthylène. Cette substance utilisée dans les pressings est classée cancérogène de niveau 3, bien qu'il existe 10 études positives sur 10 chez l'animal. Les pressings : exposition au tétrachloroéthylène et risques sanitaires. LAURE DÉLÉRY, LAURA CHIAPPINI, ANDRÉ CIOLELLA. http://www.john-libbey-eurotext.fr/en/revues/sante_pub/ers/e-docs/00/04/41/45/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF

S'agissant de la vaccination contre le papillomavirus, nous disposons également d'un vaccin depuis 2008 qui suppose une stratégie très ciblée des jeunes filles articulée sur la poursuite d'un programme de dépistage cervico-utérin.

La SFSP attire l'attention sur l'importance de renforcer :

- **les campagnes vaccinales contre le virus de l'hépatite B dans le cadre d'une politique globale de revalorisation du geste vaccinal** (jeunes enfants, groupes à risques, professions soumises à vaccination...);
- **la prévention du cancer du col de l'utérus dans un contexte organisé par les pouvoirs publics, associant vaccination contre les HPV et stratégies de dépistage cervico-utérin.**

2- Dépistage

Dans le domaine du dépistage du cancer, le plan cancer de 2003 a constitué une rupture car il a permis :

- de généraliser à l'ensemble des classes d'âges des populations concernées le dépistage du cancer du sein et de celui du cancer colorectal ;
- de promouvoir le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus et celui du diagnostic précoce du mélanome.

Les principales questions posées aujourd'hui sont celles :

- de la couverture du dépistage et de la réduction des inégalités sociales ;
- du respect des critères de qualité ;
- de l'organisation de nouvelle stratégie de dépistage notamment pour le cancer du col de l'utérus et les cancers d'origine professionnelle.

2-1 Couverture du dépistage et de la réduction des inégalités sociales

La couverture du dépistage fait l'objet d'une attention constante. La moyenne nationale du dépistage organisé est de l'ordre de 50% et le taux de participation pour le cancer colorectal serait de l'ordre de 42% dans les départements l'ayant organisé.

Le suivi gynécologique, le dépistage du cancer du sein, du cancer du colorectal sont moins fréquents dans les catégories sociales les plus défavorisées ce qui est souligné par de nombreuses publications. Les obstacles sont multiples. Ils peuvent être d'ordre économique (paiement/avance de frais) ou administratifs (avoir des droits sociaux et les faire valoir) pour les dépistages individuels. Ils peuvent être psycho-sociaux (attention à soi, regard de l'autre) ou culturels (intelligibilité du système), voire personnel (peur, fatalisme, choix de priorité ; la santé n'est pas la priorité des personnes en situation précaire).

Le dépistage individuel est plus fréquent parmi les catégories socioprofessionnelles élevées et il semble que le dépistage organisé du cancer du sein ait permis de réduire certaines inégalités sociales. Ceci doit être pris en compte car le dépistage individuel repose sur des initiatives individuelles alors que, dans le dépistage organisé, toutes les femmes sont sollicitées.

Quelques initiatives intéressantes sont développées pour renforcer les messages éducatifs et toucher les personnes qui ne se font pas dépister. Ainsi, pour améliorer l'accès au dépistage notamment du cancer du sein, il pourrait être envisagé de développer les expériences du type de celle de la Ligue contre le cancer avec le Comité national de liaison des régies de quartier (CNLRQ). Ce comité qui rassemble 135 associations, travaille avec la Ligue dans certains territoires pour former des « ambassadrices » qui vont au devant des femmes pour discuter « santé » avec elles et expliquent peu à peu l'intérêt du dépistage organisé. Ce modèle pourrait servir notamment en zone rurale.

En tout état de cause, ceci nécessite un accès aux bases de données de l'assurance maladie afin de pouvoir identifier les personnes qui se sont fait dépister. En particulier les médecins traitants devraient connaître normativement celles qui se sont fait dépister.

La SFSP recommande pour réduire les inégalités sociales :

- ***de travailler sur les articulations entre dépistage individuel et organisé du cancer du sein et de faire des choix de qualité*** concernant la double lecture, la formation, le contrôle du matériel, ... ; critères validés au niveau international. Le dépistage organisé semble plus en capacité de réduire les inégalités de santé et de renforcer la qualité de l'offre.
- ***de développer des activités de médiateurs de santé au niveau des communes*** pour favoriser l'adhésion au dépistage ;
- ***d'élaborer des recommandations concernant le dépistage des femmes à risque oncogénétique (10 à 20%) ;***
- ***de mener des études pour mieux comprendre et mieux prendre en compte les raisons qui amènent les personnes à ne pas se faire dépister***
- ***de mobiliser les médecins pour qu'ils puissent participer activement aux stratégies de dépistage organisé :*** information, conseils, orientations selon des facteurs de risque. Le rôle et la place du médecin généraliste aux différentes phases de diagnostic, de prise en charge, de suivi et de prévention nécessitent aujourd'hui d'être définis et reconnus.
- ***de mobiliser les médecins et autres professionnels de santé pour qu'ils puissent participer activement aux stratégies de dépistage organisé :*** information, conseils, orientations selon des facteurs de risque. Le rôle et la place du médecin de premier recours aux différentes phases de diagnostic, de prise en charge, de suivi et de prévention nécessitent aujourd'hui d'être définis et reconnus. Par ailleurs, dans le contexte de nouvelles coopérations entre médecins et paramédicaux (mises en avant dans le projet de loi HPST), certains dépistages (comme par exemple celui du col de l'utérus) pourraient bénéficier de la participation active d'infirmières formées, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays.

2-2 Respect des critères de qualité

Le respect des critères qualité est important car son non respect est susceptible de remettre en cause les stratégies actuelles qui ont eu beaucoup de mal à être obtenues. Il s'agit aussi de ne pas multiplier les examens inutiles (faux positifs) et de ne pas passer à côté de réels cancers (faux négatifs). La coexistence d'un double système de dépistage organisé et

individuel pour le cancer du sein n'est d'ailleurs pas sans poser problème car il existe des différences en termes de qualité, de coût et d'accessibilité.

La SFSP recommande de :

- ***poursuivre le travail d'évaluation de la qualité des dépistages des cancers qu'ils soient organisés ou individuels***
- ***et d'aborder et de traiter de manière permanente la question des sur-risques et des sur-diagnostic afin que les programmes organisés de dépistage disposent de l'ensemble des informations utiles à la décision en santé publique***

2-3 Organisation de nouvelles stratégies de dépistage

Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le 10^e cancer féminin avec 3 068 nouveaux cas estimés en 2005. En 2002 le cancer du col de l'utérus était au 15^e rang des décès féminins par cancer avec 1067 décès. En France, comme dans les autres pays riches, l'introduction du dépistage par la cytologie a entraîné une diminution de l'incidence de ce cancer. Cette diminution est maintenant moins marquée, en partie parce que le frottis est un test très spécifique mais peu sensible⁸. Le cancer du col de l'utérus est toujours dû à une infection par des papillomavirus oncogènes. La recherche de l'ADN de ces virus fait maintenant partie de l'arsenal du dépistage. Plusieurs études récentes ont évalué l'intérêt de ce test associé au dépistage cytologique pour identifier les cancers du col de l'utérus et leurs précurseurs, les néoplasies intra-épithéliales de haut grade (CIN2-3).

L'arrivée des vaccins préventifs va modifier l'histoire naturelle de l'infection et du développement des lésions. On attend une diminution de 50 % des lésions précancéreuses et de 70 % des cancers chez les femmes vaccinées, ce qui diminuera la valeur prédictive positive des tests de dépistage. Les stratégies de dépistage devront probablement combiner le frottis et la recherche des HPV-HR et être modulées en fonction de l'âge des femmes et du fait qu'elles auront été ou non vaccinées⁹.

Dans ce contexte, il serait intéressant d'analyser les stratégies de dépistages du cancer du col de l'utérus en prenant en compte les plus récentes études et les expériences de dépistage organisé (expérimentés dans quatre départements selon des modalités différentes et dont l'impact sur la diminution des inégalités sociales mériteraient d'être étudiées).

⁸ Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *Lancet*. 2003 Dec 6;362(9399):1871-6.

⁹ Goldhaber-Fiebert JD, Stout NK, Salomon JA, Kuntz KM, Goldie SJ. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with human papillomavirus DNA testing and HPV-16,18 vaccination. *J Natl Cancer Inst*. 2008 Mar 5;100(5):308-20.

Cancers professionnels

Il faut souligner la pertinence des programmes en cours visant à repérer parmi les salariés retraités (programme Spirale) et les artisans retraités (programme Espri) leur éventuelle exposition à certains cancérigènes au cours de leur carrière professionnelle permettant d'orienter ces personnes vers un suivi médical postprofessionnel régulier.

Une visite spécifique de santé au travail serait souhaitable pour tous les salariés à partir de 50 ans. Cette visite permet de retracer les expositions passées à des cancérogènes à l'aide d'outils spécifiques réalisés pour les principaux cancérogènes du milieu professionnel, en particulier pour l'amiante, afin d'évaluer un index d'exposition cumulée semi-quantitatif sur la carrière professionnelle. Cette visite serait complémentaire de celle permettant le bilan de fin de carrière avec comme objectif de fournir toutes les données médico-administratives utiles aux médecins traitants, à inclure dans le dossier médical personnel (DMP) notamment, pour un suivi post-professionnel optimal.

3- Prévention tertiaire

Il existe aujourd'hui une sous déclaration et sous reconnaissance des cancers professionnels. En 2005, 1725 cancers sont reconnus en maladie professionnelle (MP), soit très approximativement un « cancer professionnel » attendu sur dix qui a été reconnu en MP en 2005. **Il serait intéressant :**

- comme ce fut le cas pour les troubles musculo-squelettiques (TMS) en 2008, **de prévoir une campagne nationale d'information à l'attention du grand public via différents media sur le thème « Cancers professionnels, parlons en pour mieux les faire reconnaître »** et la création d'un site Internet¹⁰
- de proposer, lors de la découverte d'un cancer, si le clinicien le juge utile et avec l'accord du patient **une consultation des pathologies professionnelles et de l'environnement afin de rechercher une éventuelle origine professionnelle.**

Par ailleurs, une étude sur un échantillon de personnes ayant un cancer en 2002 et sur leur devenir en 2004, montre que le taux d'emploi de ceux qui sont toujours en vie (à l'exclusion de ceux qui étaient toujours en arrêt maladie depuis 2002) est de 57 % (59 % chez les hommes et 56 % chez les femmes). Le sentiment de discrimination par l'employeur est associé à une augmentation de la probabilité de la sortie d'emploi d'environ 11 % chez les hommes comme chez les femmes (Drees – Inserm 2008).

Il serait intéressant :

- **afin de préparer au mieux à une reprise éventuelle du travail, d'informer systématiquement le patient de son droit de pouvoir demander une visite de pré-reprise auprès de son médecin du travail.** Cette visite de pré-reprise permet de voir le patient au moment choisi par lui alors qu'il est toujours en arrêt-maladie
- **afin de faciliter le retour à l'emploi, de discuter de l'intérêt de permettre aux personnes ayant un cancer** (traité, en rémission voire guéri mais avec des séquelles

¹⁰ comme pour les TMS (www.info-tms.fr)

physique et/ou fonctionnelles) ***de pouvoir prétendre à une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) temporaire ou définitif.***

4- Conclusions

La réussite d'une prévention organisée des cancers se mesurera au niveau de réduction constatée des inégalités sociales face à cette pathologie. Elle repose sur une politique plus active sur les facteurs environnementaux qu'ils soient collectifs ou individuels et une offre de proximité autour de territoires de santé, dans une organisation au plus près de la population et reposant sur des acteurs diversifiés. Pour ce faire, il est essentiel d'influer sur l'ensemble des déterminants dans le cadre d'une politique intersectorielle et interministérielle volontariste et de reconnaître et de structurer la place de la médecine de premier recours en développant des coopérations innovantes entre professionnels de santé et un partenariat avec tous les acteurs du champ sanitaire, social et éducatif.