

Le dépistage du cancer de la prostate : hétérogénéités des recommandations

Une exception française ?

Maxime Gignon

Alain Braillon, MD

François-Xavier Chaine, MD

Gérard Dubois, MD

RÉSUMÉ

Position du problème : L'opportunité d'un dépistage du cancer de la prostate en France a été débattue à plusieurs reprises et les avis divergent. Dès 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ne recommande pas le dépistage de masse du cancer de la prostate alors que l'Association Française d'Urologie multiplie les actions en faveur de ce dépistage. Toutefois, le dépistage ciblé en faveur des sujets ayant des facteurs de risques identifiés est actuellement recommandé par ces deux organismes, bien qu'il n'ait aucune justification puisqu'il n'a fait l'objet d'aucune évaluation connue à ce jour. En 2002, la croissance annuelle des prescriptions de l'Antigène Spécifique Prostatique a été de 22 %, et de 16 % en 2003, ce qui témoigne de l'impact de telles recommandations. L'historique des différentes prises de position en faveur ou en défaveur du dépistage est retracé. Les principaux critères de l'Organisation Mondiale de la Santé sont discutés.

Conclusion : Le dépistage de masse du cancer de la prostate ne peut pas être recommandé à ce jour. En France, la pratique actuelle diffère fortement de ces recommandations. Cette situation montre la difficulté à assurer la cohérence d'une politique de santé publique.

Mots-clés : Dépistage; cancer; prostate; recommandation; décision en santé publique

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Service d'évaluation médicale, département de Santé Publique, CHU d'Amiens.

Auteur correspondant et demandes de réimpression : Gérard Dubois, Service d'évaluation médicale, place V PAUCHET 80054 Amiens Cedex 1, tél. : 03.22.66.81.97, téléc. : 03.22.66.81.98, courriel : dubois.gerard@chu-amiens.fr

Selon les critères de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), le dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage sérique de l'antigène prostatique sérique (APS), ne peut être recommandé. C'est la position prise par la grande majorité des organismes internationaux. En France, la controverse a semé le trouble, laissant se développer une pratique « sauvage ».

L'ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE

La méthode d'évaluation d'un programme de dépistage communément admise s'appuie sur les critères de l'OMS (tableau 1)¹.

Un problème de santé publique ?

C'est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans dans les pays développés. Avec 40 000 nouveaux cas par an en France, son incidence augmente à cause du vieillissement de la population, du nombre croissant de diagnostics lors de résection endoscopique d'adénome, de l'utilisation croissante du dosage de l'APS et des biopsies prostatiques²⁻⁴. La mortalité est passée de 8 800 à 10 000 décès par an entre 1990 et 2000, en faisant la deuxième cause de mortalité masculine, derrière celui du poumon⁵. Un Français sur huit risque d'avoir un cancer de la prostate⁶.

Toutefois, en 2000, l'âge médian lors du diagnostic est de 74 ans et l'évolution clinique est lente car la survie à 5 ans est de 75 %⁷. Surtout, il ne représente que 0,8 % des années de vie perdues entre 0 et 75 ans⁸. La mortalité prématurée, avant 65 ans, n'est que de 7 %. Elle représente près de 40 % pour le cancer du poumon et 52 % pour ceux des voies aériennes supérieures, chez l'homme⁹.

Les discours alarmistes s'appuyant sur incidence et prévalence sont donc à relativiser d'autant que 30 à 40 % des hommes de plus de 50 ans sont porteurs d'un cancer de la prostate, que seuls 8 % présenteront des signes cliniques et que moins de 5 % en décéderont^{6,10}. La létalité de ce cancer est faible, ce qui en fait un piètre candidat au dépistage.

Les traitements

Les traitements curatifs usuels utilisés sont la radiothérapie externe, la curiethérapie et la prostatectomie radicale. D'autres

méthodes sont en cours de développement. Les essais contrôlés sont peu nombreux et les traitements sont, à ce jour, insuffisamment évalués.

Une étude récente compare, sur dix ans, deux groupes d'âge moyen de 64,7 ans ayant bénéficié soit d'une prostatectomie totale (n=347) soit d'une simple surveillance (n=348). Après prostatectomie, la réduction absolue de la mortalité à 5 ans est de 2 %, à 10 ans elle est de 5 %¹¹. De plus, la morbidité imputable aux traitements (prostatectomie radicale ou radiothérapie externe) et leur impact sur la qualité de vie ne peuvent être négligés. L'analyse du rapport bénéfice/risque est délicate.

Les outils du dépistage

Au seuil de 4ng/ml, la spécificité des APS est de l'ordre de 90 %, et la sensibilité est de l'ordre de 75 %⁴. À ce seuil, la valeur prédictive négative (VPN) est de l'ordre de 90 % et la valeur prédictive positive (VPP) de 30 %.

Utilisé comme test de dépistage de masse, il est limité par une spécificité insuffisante d'autant plus que sa positivité entraîne une démarche diagnostique lourde (consultation spécialisée +/- biopsies) chez au moins 10 % des dépistés, en l'absence de cancer.

Des études pour mettre tout le monde d'accord ?

L'observation d'une amélioration de la létalité par les études de survie des malades comparée à celle des dépistés est si biaisée qu'elle est ininterprétable¹². Seules des études prospectives randomisées ou cas-témoins mettant en évidence une baisse de mortalité apportent des arguments scientifiquement interprétables.

Deux études prospectives, contrôlées, et multicentriques ont été initiées afin d'évaluer les performances du dépistage de masse, l'une aux États-Unis (Prostate, Lung, Colorectal and Ovary cancer trial PLCO), l'autre en Europe (European Randomized Screening for Prostate Cancer ERSPC). Elles évaluent les conséquences du dépistage systématique sur la mortalité qui lui est imputable, la qualité de vie des malades, la valeur seuil des APS, le délai entre deux dosages et la stratégie thérapeutique.

Par leur qualité méthodologique et le nombre de patients inclus, ces études four-

TABLEAU I

Résumé des critères OMS pour la pratique d'un dépistage

1. La maladie doit représenter un problème important de santé publique
2. Elle doit exister à un stade latent reconnaissable
3. L'histoire naturelle de la maladie incluant le développement du stade latent au stade déclaré doit être correctement compris
4. Il doit exister un traitement efficace pour les patients atteints de la maladie
5. Il doit exister des tests performants pour le dépistage
6. Le test doit être acceptable pour la population
7. Le dépistage doit apporter un bénéfice en terme de santé publique
8. Les bénéfices doivent être analysés en intégrant des facteurs économiques

niront des arguments pour ou contre un dépistage selon quels critères et modalités. Les résultats définitifs sont attendus vers 2009. L'analyse intermédiaire de l'étude ERSPC conclut à l'absence de preuve évidente d'un effet du dépistage sur la mortalité¹³. D'ici la publication des résultats définitifs, les techniques de dépistage et les traitements auront évoluées, reposant à nouveau ces questions.

LES RECOMMANDATIONS

Le tableau II résume les principales recommandations des dix-neuf organismes officiels ou sociétés savantes qui, depuis 1994, se sont positionnés. Quinze se sont prononcés contre la pratique d'un dépistage organisé, notamment l'U.S. Preventive Services Task Force en 2002¹⁴. Quatre seulement se sont déclarés en faveur du dépistage à partir de 2000 dont deux français.

Dès 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ne recommande pas le dépistage par le dosage de l'APS, tout comme le Comité Consultatif sur la Prévention du Cancer dans l'Union Européenne et le groupe d'experts réunis à la demande du Ministre français chargé de la santé^{4,15,16}.

En 2002, l'Association Française d'Urologie (AFU) propose une stratégie différente : « *Seul le dépistage permet le diagnostic d'un cancer de la prostate au stade curable et la réduction de la mortalité liée au cancer de prostate.* » Elle préconise ainsi de dépister les hommes de plus de 50 ans jusque 75 ans et, plus généralement, ceux ayant une espérance de vie supérieure à dix années. Un dépistage plus précoce devrait être appliqué en fonction de facteurs de risque : deux parents proches (ou plus) atteints de cancer de prostate ou origines africaine ou antillaise. Le dépistage, selon l'AFU, doit se faire par le toucher rectal (TR) associé au dosage sérique de l'APS total. Si le TR est anormal ou si le dosage des APS est supérieur à 4 ng/ml, un uro-

logue doit être consulté pour réaliser 10 biopsies prostatiques écho-guidées. Dès 1999, l'ANAES soulignait les limites du TR dans le cadre du dépistage.

Cette recommandation de l'AFU suit celles de l'American Cancer Society (ACS) et de l'American Urological Association (AUA)¹⁷. Elles s'appuient sur des diminutions observées de mortalité consécutive à un dépistage systématique du cancer de la prostate. Une tendance comparable a été retrouvée dans une étude réalisée dans le Tyrol Autrichien où le dépistage était instauré^{18,19}. Cette diminution attribuée à l'organisation du dépistage est contestée²⁰.

En 2003, l'Académie nationale de médecine soutient l'AFU et recommande que des informations sur la pratique du dépistage soient disponibles pour les patients, et que soit évalué l'intérêt du dépistage organisé²¹.

L'ANAES, en collaboration avec l'AFU, a réalisée une mise au point sur « *l'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate* », publiée en septembre 2004²⁰. Les positions contre un dépistage de masse prises en 1998 par l'ANAES sont réaffirmées.

Dès novembre 2004, l'AFU déclare, lors de son congrès, que « *le dépistage par le toucher rectal et le dosage de l'APS est indiqué chez les hommes de 50 à 75 ans dont l'espérance de vie dépasse 10 ans. Ce dosage de l'APS est, au mieux, réalisé une fois par an, dans le même laboratoire, dont le seuil de normalité est de 4 ng/ml et, en cas de dépassement de ce seuil, une consultation par un urologue permettra de juger de l'opportunité des biopsies prostatiques.* »²². La fréquence de ce dosage lorsqu'il est initialement inférieur à 4 ng/ml, varie d'un an entre 2 et 4 ng/ml et de trois ans s'il est inférieur à 2 ng/ml²³.

En 2005, l'AFU renouvelle ses recommandations. La Haute Autorité de Santé (HAS) dont les missions sont notamment d'informer le public et les professionnels, et d'évaluer la qualité des prises en charge, n'a pas réagi.

TABLEAU II

Recommandations concernant le dépistage du cancer de la prostate

Organisation ou société savante <i>ne recommandant pas</i> la pratique d'un dépistage organisé du cancer de la prostate	Année	Organisation ou société savante <i>recommandant</i> la pratique d'un dépistage du cancer de la prostate	Année
American College of Physicians ³³	1997		
Collège des médecins du Québec ³⁴	1998		
American College of Preventive Medicine ³⁵	1998		
Alberta Medical Association ³⁶	1999		
International Network of Agencies for Health Technology Assessment ³⁷	1999		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ⁴	1999		
World Health Organization Regional Office for Europe's Health Evidence Network ¹⁵	1999		
Société scientifique de Médecine Générale (Belgique) ³⁸	2000		
The Advisory Committee on Cancer Prevention in the European Union ³⁹	2000		
Ministry of Health Singapore ⁴⁰	2000	American Urological Association ⁴¹	2000
Institute for Clinical Evaluative Sciences Canada ⁴²	2002	American Cancer Society ⁴³	2001
U.S. Preventive Services Task Force ¹⁴	2002	Association Française d'Urologie ¹⁷	2002
The Advisory Committee on Cancer Prevention in the European Union ⁴⁴	2004	Académie Nationale de Médecine ²¹	2003
Association Française d'Urologie & Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ²⁰	2004	Association Française d'Urologie ²²	2005
		American Cancer Society ⁴⁵	2005

TABLEAU III

Prescriptions des PSA, données 2003 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés²⁵

Code de l'acte	Libellé de l'acte	Nombre de prescriptions	Montant remboursé (en euro)	Rang en montant remboursé* (en euro)
7318	PSA	1 715 451	32 409 537	17 ^{ème}
7319	PSA+sérum précédent	585 583	16 628 679	36 ^{ème}
7320	Rapport PSA total/PSA libre	387 848	1 423 804	43 ^{ème}
TOTAL		2 688 882	63 282 020	7 ^{ème}

* Parmi tous les actes de biologie

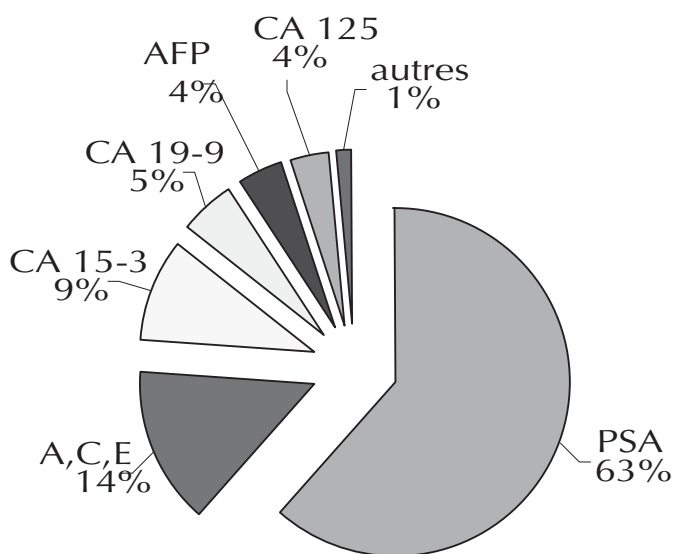


Figure 1. Part des marqueurs tumoraux en nombres d'actes remboursés en 2003²⁵

LA SITUATION FRANÇAISE, ÉTAT DE LA PRATIQUE

La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) compte 17 marqueurs tumoraux. Les données présentées pour le dosage de l'APS permettent d'apprécier l'ampleur de la dissociation entre la recom-

mandation de la HAS et la pratique. L'APS comprend trois actes différents : l'antigène prostatique spécifique (code de l'acte : 7318), l'antigène prostatique spécifique + sérum précédent (7319) et l'antigène prostatique spécifique libre avec rapport APS total/ APS libre (7320) (cf. Tableau III). Parmi les 17 marqueurs, ceux du cancer de

la prostate sont ceux qui ont connu la plus forte progression (22 %) entre 2001 et 2002 [24] et 16 % entre 2002 et 2003 [25]. Ces 3 actes représentent la majorité des prescriptions de marqueurs tumoraux avec 2,3 millions d'actes remboursables en 2002 et près de 2,7 millions en 2003 (+16 %) (cf. Figure 1).

Les APS (7318) sont prescrits dans 0,5 % des cas par les oncologues, et dans 85 % par les omnipraticiens libéraux. Ce dosage est au 14^{ème} rang (en valeur) des actes biologiques prescrits par les omnipraticiens libéraux en 2002 et au 13^{ème} en 2003, suggérant que le dépistage occupe une large proportion des indications par rapport au suivi des adénocarcinomes prostatiques assuré par les spécialistes²⁴.

Malgré son absence de justification, le dosage avec reprise du sérum de l'analyse précédemment effectuée (7319) avait, lui aussi, augmenté de 22 % en 2002 et de 18 % en 2003. Cette pratique n'est plus remboursée depuis le 28 janvier 2004.

On est en droit de s'interroger sur l'utilité de cette dépense qui dépasse quarante-neuf millions d'euros en 2002 et soixante-trois millions d'euros en 2003, soit le septième rang en valeur des actes biologiques remboursables.

DISCUSSION

L'exemple du dépistage de masse du cancer de la prostate montre les difficultés soulevées par l'hétérogénéité des RPC. En l'absence d'arguments, un dépistage individuel non fondé se développe.

Les Agences évaluent les bénéfices et les risques pour une population et jouissent du recul nécessaire à la prise de décision en santé publique. La pratique d'un dépistage expose le patient à une démarche anxio-gène et à des risques iatrogènes, c'est pourquoi elle doit être évaluée par des méthodes et outils validés.

La HAS a pour mission d'émettre des avis pour éclairer le public et les décideurs. Les recommandations sont élaborées selon des procédures rigoureuses et validées conformément aux préconisations du Guidelines International Network (G.I.N). La HAS n'a, à ce jour, pas répondu à la demande de la CNAMTS, alors qu'elle peut émettre un avis sur l'inscription au remboursement et sur les conditions de prescription des actes de santé. Le président de la République française, dans le cadre d'un Plan national contre le cancer, a rappelé le 27 avril 2006 que le dépistage du cancer de la prostate doit être évalué dès l'an prochain²⁵. Cette déclaration, si elle se concrétise, apportera des éléments objectifs.

Au-delà de l'évolution permanente entre les hypothèses et leur validation, le manque de cohérence entre entités ayant un statut de référence sème le trouble dans la pratique, alors même qu'un dépistage du cancer colorectal efficace, évalué avec certitude depuis plus de dix ans, attend d'être mis en œuvre pour un coût qui serait inférieur à celui du cancer de la prostate²⁶.

Les différences entre des recommandations et la pratique clinique font l'objet de nombreuses publications. Les différences entre les recommandations, qu'elles soient issues d'organismes appartenant à un même pays ou de pays différents, sont un sujet plus rarement abordé. Des différences ont pu être notées par le passé mais elles sont explicables par des méthodes d'élaboration peu rigoureuses ou des incertitudes sur les données brutes²⁷. En 2001, le G.I.N (www.g-i-n.net) a élaboré la grille Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) fournissant un cadre à l'évaluation des RPC. Les RPC sont des

propositions méthodiquement développées pour aider médecins et patients à connaître les soins les plus adaptés à une circonstance clinique²⁸. L'objectif des RPC est d'influencer la pratique médicale²⁹. Des critères étaient donc nécessaires afin d'en assurer la qualité.

Désormais, les différentes recommandations sont le plus souvent cohérentes entre elles, notamment grâce aux initiatives du G.I.N³⁰⁻³². La situation Française concernant le dépistage du cancer de la prostate est-elle en passe de devenir une véritable exception ?

RÉFÉRENCES

- Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968;65:281-393.
- Soulie M, Villers A, Grosclaude P, Menegoz F, Schaffer P, Mace-Lesech J, et al. Cancer of the prostate in France: Results of the survey CCAFU-FRANCIM. *Prog Urol* 2001;11:478-85.
- Ménégoz F, Chérié-Challine L. Le cancer en France: incidence et mortalité. Situation en 1995, évolution entre 1975 et 1995. Paris : La Documentation Française, 1998.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. Paris : Anaes, 1999.
- Bauvin E, Remontet L, Grosclaude P. Incidence and mortality of prostate cancer in France: Trends between 1978 and 2000. *Prog Urol* 2003;13:1334-39.
- Rebillard X, Tretarre B, Villers A. L'épidémiologie du cancer de la prostate. *Rev Prat* 2003;53:2224-28.
- Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska Lasota M, Carli PM, Faivre J, et al. EURO-CARE-3: Survival of cancer patients diagnosed 1990-94 - Results and commentary. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl 5):v61-118.
- Soulie M, Villers A, Richaud P, Prapotnich D, Ruffion A, Grosclaude P. Competitive morbidity and its impact on life expectancy: Evaluation and inclusion in the therapeutic decision regarding localized prostatic cancer. *Prog Urol* 2001;11:1195-204.
- La mortalité prématurée par cancer. Une spécificité française? BEH 2003 n°30-31 Institut de veille sanitaire.
- Chirpaz E, Colonna M, Menegoz F, Grosclaude P, Schaffer P, Arveux P, et al. Incidence and mortality trends for prostate cancer in 5 French areas from 1982 to 1996. *Int J Cancer* 2002;97:372-76.
- Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005;352:1977-84.
- Dubois G. Tests de dépistage : application aux cancers. *Le Concours Médical* 1989;11:3167-68.
- Van der Crujssen-Koeter IW, Vis AN, Roobol MJ, Wildhagen MF, de Koning HJ, van der Kwast TH, et al. Comparison of screen detected and clinically diagnosed prostate cancer in the European randomized study of screening for prostate cancer, section Rotterdam. *J Urol* 2005;174:121-25.
- Screening for prostate cancer: Recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:915-16.

- Ancelle-Park R, Sancho-Garnier H, Faivre J. Le dépistage du cancer. Recommandations pour l'Union européenne. *Actualité et dossier en Santé Publique* 2001;34:72-77.
- Rapport au Ministre de la Santé par la Commission d'orientation sur le cancer. Paris : Direction Générale de la Santé, 2003.
- Rebillard X, Villers A, Ruffion A, et al. Cancer de la prostate. *Prog Urol* 2002;12(Suppl 2):29-67.
- Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin* 2001;51:15-36.
- Horninger W, Berger A, Pelzer A, Klocker H, Oberaigner W, Schonitzer D, et al. Screening for prostate cancer: Updated experience from the Tyrol study. *Can J Urol* 2005;12(s1):7-13.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et Association Française d'Urologie. Recommandation pour la pratique clinique: éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Paris : Anaes, 2004.
- Bourel M, Ardaillou R. Sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (APS) dans le plasma. *Bull Acad Natle Méd* 2003;187:985-95.
- Bruyere F, Traxer O. Congress of the Association Française d'Urologie (AFU) 2004: prostate cancer management. *Ann Urol (Paris)* 2005;39(s1):S1-15.
- Ito K, Yamamoto T, Ohi M, Takechi H, Kurokawa K, Suzuki K, et al. Possibility of re-screening intervals of more than one year in men with APS levels of 4.0 ng/ml or less. *Prostate* 2003;57:8-13.
- CNAMTS. Les actes de biologies remboursés en 2001 et 2002 par le Régime Général d'assurance Maladie - Hors Sections Locales Mutualistes. Paris : CNAMTS-BIOLAM, 2004.
- Discours de M. Jacques Chirac, Président de la République sur la lutte contre le cancer. Paris, 2006.
- Dubois G. L'absence de dépistage efficace du cancer colorectal en France est irrationnelle, volontaire et inexcusable. *Oncologie* 1999;1:276-80.
- Lacasse Y, Ferreira I, Brooks D, Newman T, Goldstein RS. Critical appraisal of clinical practice guidelines targeting chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2001;161:69-74.
- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN (Eds.), *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
- Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G, for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the Medical Literature. VIII. How to Use Clinical Practice Guidelines. A. Are the Recommendations Valid? *JAMA* 1995;274:570-74.
- Pierson DJ. Clinical practice guidelines for chronic obstructive pulmonary disease: A review and comparison of current resources. Clinical practice guidelines for chronic obstructive pulmonary disease: A review and comparison of current resources. *Respir Care* 2006;51:277-88.
- Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, Van Der Bij AK, Grol R, Feder G; AGREE COLLABORATION. Inside guidelines: Comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care* 2002;25:1933-39.
- Burgers JS, Fervers B, Haugh M, Brouwers M, Browman G, Philip T, Cluzeau FA. International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. *J Clin Oncol* 2004;22:2000-7.

33. Coley CM, Barry MJ, Fleming C, Mulley AG. Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of tests. The American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997;126:394-406.
34. Collège des Médecins du Québec. Dépistage du cancer de la prostate : utilisation de l'APS. Québec : Collège des Médecins du Québec, 1998.
35. Ferrini R, Woolf SH. American College of Preventive Medicine practice policy. Screening for prostate cancer in American men. *Am J Prev Med* 1998;15:81-84.
36. Guidelines for use of PSA and screening prostate cancer. Edmonton, AB: Alberta Medical Association, 1999.
37. Schersten T, Baile MA, Asua J, Jonsson E. Prostate cancer screening: Evidence synthesis and update (INAHTA Joint Project). Basque Office for Health Technology Assessment, Health Department Basque Government (Osteba), 1999.
38. Société scientifique de médecine générale. L'antigène prostatique spécifique (P.S.A). Recommandation de bonne pratique. Paris : SSMG, 2000.
39. Recommendations on cancer screening in the European Union. Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur J Cancer* 2000;36:1473-78.
40. Ministry of Health, National Medical Research Council, National Committee on Cancer Care. Prostate cancer. Clinical practice guidelines. Singapore: MOH, 2000.
41. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. American Urological Association (AUA). *Oncology* (Williston Park), 2000;14:267-72, 277-78, 280.
42. Slaughter PM, Pinfold SP, Laupacis A. Prostate-specific Antigen (PSA) screening in asymptomatic men. Toronto, ON: ICES, 2002.
43. Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, Byers T, Rothenberger D, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: Update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001-testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin* 2001;51:38-75.
44. Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004.
45. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55:31-44; quiz 55-56.

Reçu : 26 mai 2006
 Accepté : 15 septembre 2006

ABSTRACT

Background: At present, clinical practice guidelines for prostate cancer screening are controversial in France. The French National Agency for Health Care Quality does not recommend screening for prostate cancer. In contrast, since 2002 the French Urological Association has been supporting screening. However, both support selected screening for men with risk factors, despite there having been no assessment to date of whether the screening is justified. In 2002, Prostatic Specific Antigen prescriptions increased by 22% over one year and PSA was the first prescription for cancer markers. The history of the pros and cons for prostate cancer screening is summarized. Prostate cancer does not qualify under the World Health Organization's criteria for screening.

Conclusion: At the present time, prostate cancer mass screening cannot be recommended. Pitfalls for Clinical Guidelines enforcement are discussed.

MeSH terms: Screening; cancer; prostate; clinical guidelines; public health

La santé publique au Canada à la croisée des chemins...

Depuis 1910, l'ACSP est l'unique porte-parole national de la santé publique au Canada. L'Association :

- ☑ encourage la participation des citoyens à l'élaboration des politiques et des programmes de santé publique;
- ☑ rassemble divers particuliers et organismes, qui peuvent ainsi s'exprimer à l'unisson sur les enjeux de la santé publique au Canada et dans le monde; et
- ☑ se fait le maître d'œuvre d'un accès universel et équitable aux conditions fondamentales pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Les membres de l'ACSP sont sa force et lui donnent sa crédibilité, ses orientations et son pouvoir. Pour continuer à être le porte-parole de la santé publique, l'ACSP a besoin de votre savoir-faire et de votre appui.

Unissez votre voix aux nôtres.

Joignez-vous à l'ACSP dès aujourd'hui.

Téléphonez-nous en composant le (613) 725-3769, poste 118, envoyez-nous un courriel à l'adresse membership@cpha.ca ou visitez-nous en ligne sur le site <http://www.cpha.ca/adhesion>



Association canadienne de santé publique
 porte-parole de la santé publique au Canada depuis 1910.