

Vendredi 10 juin 2016

Professeur Agnès Buzyn
Présidente de la Haute Autorité de Santé
5, avenue du Stade de France
936218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

OBJET : Rapport sur l'évaluation de la pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire en France

Madame la Présidente,

Nous avons pris connaissance avec intérêt du rapport que vous nous avez fait parvenir concernant le dépistage du cancer broncho pulmonaire et prenons acte des conclusions de ce rapport qui sont que les conditions ne sont pas réunies pour qu'un dépistage soit en France possible et utile.

Ces conclusions sont toutefois très différentes de celles auxquelles nous nous attendions lorsque nous avons, il y a deux ans, saisi la Haute Autorité de Santé à propos du dépistage du cancer broncho-pulmonaire. Nous pensions en effet que les diminutions de la mortalité spécifique de 20% et de la mortalité générale de 6,7% observées dans l'étude NLST, suffisaient à démontrer de façon définitive l'intérêt de dépistage par scanner faiblement dosé, mais que l'implantation en France d'un programme de dépistage supposait une organisation rigoureuse à laquelle tous les futurs acteurs d'un tel programme devaient travailler dès maintenant. Nous pensions que cette organisation était nécessaire pour ne pas laisser se développer un dépistage mal structuré qui risquait de ne pas reproduire les résultats américains obtenus dans des centres parfaitement organisés.

C'est pourquoi nous avons été extrêmement surpris de recevoir un texte dont les conclusions sont que le dépistage n'est pas possible en France parce que son bénéfice n'est pas démontré. Notamment certaines conclusions de la HAS sont très éloignées de l'analyse que nous faisons de la littérature :

- 1) Il est dit que « les possibilités de traitements sont restreintes même à un stade précoce de la maladie : les traitements actuels sont essentiellement lourds et chirurgicaux et réalisables dans certains cas uniquement ... ». Cette affirmation est très éloignée des pratiques actuelles puisque les lobectomies sont de plus en plus réalisées par vidéochirurgie, induisent une mortalité post-opératoire très faible et guérissent 80 à 90% des cancers dépistés. Ce message, diffusé largement auprès du public et des médecins généralistes, accrédite malheureusement la thèse que diagnostiquer tôt un cancer du poumon est inutile ... Alors que c'est le message inverse qu'il faudrait diffuser, comme cela avait été fait pour le cancer du colon il y a quelques années.
- 2) Il est dit également que « les personnes qui pourraient bénéficier d'un tel dépistage ne sont pas précisément identifiables ». C'est aussi totalement en désaccord avec les données de la littérature et des recommandations nord-américaines : en effet la population cible est composée de fumeurs ou d'anciens

fumeurs entre 55 et 75 ans, ayant fumé au moins 30 PA et s'ils sont anciens fumeurs ayant arrêté leur tabagisme depuis moins de 15 ans.

- 3) Il est mentionné également dans ce rapport la survenue possible de « complications parfois graves voire mortelles suite à l'exploration d'anomalies non cancéreuses identifiées au scanner ». Pourtant les faux positifs sont beaucoup moins nombreux quand on les suit par volumétrie (disponible en France) comme dans l'étude européenne NELSON et ne sont que rarement l'objet d'explorations invasives et de thoracotomies. Le risque de cancers induits par les scanners existe mais est extrêmement faible, avec 1,5 mSv par examen l'irradiation est comparable à 5 mois d'irradiation naturelle en France. Les évolutions technologiques récentes des scanners, intégrant des nouveaux détecteurs plus sensibles et la reconstruction itérative des images acquises, permettent de réduire cette dose de 30% à qualité égale et de se situer au-dessous du seuil de 1mSv par examen soit 3 mois d'irradiation naturelle.
- 4) Il est dit aussi que la maladie est « difficilement détectable à une phase précoce à cause de sa rapidité d'évolution ». Mais comment expliquer alors que les programmes les plus récents comme l'étude anglaise UKLS détectent plus de 85 % de cancers de stade pathologique I ou II ?
- 5) Il est dit enfin que la réduction de la mortalité n'est pas établie dans le contexte français. C'est vrai, et c'est d'ailleurs pourquoi beaucoup d'entre nous ont cherché en vain depuis 15 ans, et encore tout récemment, à faire financer une grande étude française.

Ce rapport mentionne la nécessité de poursuivre la recherche et d'intensifier la lutte contre le tabagisme et nous ne pouvons qu'adhérer à ces recommandations :

- Intensifier la recherche est effectivement essentiel puisque le cancer broncho-pulmonaire représente la première cause de mortalité par cancer en France. La recherche sur le dépistage, par scanner faiblement dosé et par biomarqueurs sériques, doit être prioritaire car les malades symptomatiques que ce rapport incite à rechercher avec une « vigilance particulière », présentent déjà, lors de leur diagnostic, le plus souvent des cancers étendus. Il est nécessaire que les actions de recherche cliniques et les expérimentations françaises de grande ampleur soient enfin soutenues et financées. C'est d'ailleurs l'un des objectifs du troisième Plan Cancer qui demande de valider une modalité de dépistage sensible et spécifique du cancer du poumon à l'horizon du plan et de soutenir les expérimentations en population ciblée (action 1.11)
- Lutter contre le tabagisme est effectivement notre priorité et le dépistage s'inscrit dans cette démarche puisque plusieurs études ont montré l'efficacité du dépistage dans le sevrage tabagique.

Nous regrettons enfin qu'aucune concertation n'ait été possible depuis la réunion de cadrage du 5 juin 2014 car une telle concertation aurait probablement pu permettre d'aboutir à des conclusions plus proches de l'analyse de la littérature faite actuellement par beaucoup d'experts internationaux.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, nos salutations distinguées.

Signataires :

Professeur Fabrice Barlési ancien Secrétaire du Groupe d'Oncologie de la SPLF (GOLF)
Professeur François CHABOT, Président de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)
Professeur Gilbert Ferretti ancien Président de la Société d'Imagerie Thoracique (SIT)
Professeur Jean-Yves Gaubert, Président de la Société d'Imagerie Thoracique (SIT)
Professeur Nicolas Girard, Secrétaire adjoint du Groupe d'Oncologie de la SPLF (GOLF)
Professeur François Laurent, ancien Président de la Société d'Imagerie Thoracique (SIT)
Professeur Jacques Margery, Secrétaire du Groupe d'Oncologie de la SPLF (GOLF)
Docteur Bernard Milleron Président Honoraire de l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT)
Professeur Denis Moro-Sibilot, Président de l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT)
Professeur Gérard Zalcman, Président Honoraire de l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT)