



COMMUNIQUE DE PRESSE

Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes présentant des facteurs de risque : pas d'opposition entre l'AFU et la HAS, mais plutôt des éclairages complémentaires.

Synthèse de la position de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

En raison d'une sur-incidence et d'une surmortalité par cancer de la prostate aux Antilles par rapport aux autres régions françaises, la Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé à la HAS un rapport d'orientation sur les facteurs de risque du cancer de la prostate et sur la pertinence de la mise en place d'un dépistage systématique organisé auprès d'une population d'hommes considérés comme à haut risque.

La HAS a reconnu **l'existence de facteurs de risque de survenue plus fréquente et parfois plus précoce du cancer de la prostate** (facteurs génétiques et environnementaux : antécédents familiaux de ce cancer chez des parents de 1^{er} degré (père ou frère), origine africaine, exposition à certains agents chimiques).

La HAS a considéré qu'il était **difficile de repérer (à l'échelle populationnelle)** des groupes d'hommes à risque et d'établir des niveaux de risque (étant donné l'impossibilité actuelle de connaître l'interaction de ces facteurs de risque, et donc ce mesurer un niveau de risque).

La HAS a souligné qu'il n'existait pas d'étude dans cette population d'hommes à risque qui permettrait de démontrer ou non l'efficacité d'un dépistage de masse en termes de baisse de la mortalité.

La HAS a rappelé, dans la balance bénéfique/risque le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement retrouvé dans les études de dépistage organisé de masse d'une population générale.

Dans ces conditions, la HAS, dans son communiqué de presse du 4 avril 2012, a conclu à l'absence d'intérêt démontré actuel, à l'échelle populationnelle, de la mise en œuvre d'une telle politique.

Néanmoins, la HAS a insisté, dans le cadre d'un dépistage individuel, sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation de ce dépistage individuel du cancer de la prostate, afin que chaque homme puisse choisir de se faire dépister ou non, en connaissance de cause.

La HAS a aussi souligné l'intérêt **de la recherche de nouveaux marqueurs permettant de distinguer les formes agressives de cancer de la prostate** (nécessitant un diagnostic précoce et un traitement actif qui aura un impact sur la vie des patients) des formes de plus lente évolution.

Enfin, l'HAS a considéré que la situation aux Antilles (caractérisée par une sur incidence et une sur mortalité par cancer de la prostate) nécessite de poursuivre les études en cours et de mettre en place de nouvelles études.

Les éclairages de l'AFU

Les facteurs de risque de survenue plus fréquente, et parfois plus précoce, du cancer de la prostate (facteurs génétiques et environnementaux : antécédents familiaux de ce cancer chez des parents de 1^{er} degré (père ou frère), origine africaine, exposition à certains agents chimiques) **sont connus et doivent être recherchés.**

L'ERSPC a confirmé la réduction de mortalité de 21 % en cas de dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA par rapport l'absence de dépistage, chez des hommes européens âgés de 55 à 69 ans, suivis pendant au moins 11 années. Cette baisse de mortalité atteint 29% pour les hommes ayant effectivement réalisé le dépistage. Cette analyse après 2 années de suivi supplémentaires confirme que le dépistage par PSA diminue de façon importante la mortalité par cancer de la prostate.

L'absence actuelle de l'intérêt *démontré* de la mise en œuvre, d'une politique de dépistage systématique à une échelle populationnelle, – que ce soit pour la population générale ou pour une population d'hommes présentant des facteurs de risque - **ne dispense pas d'une démarche de dépistage individuel, seule à même de permettre de diagnostiquer à temps les formes agressives qui nécessitent un traitement actif avec un impact sur la vie des patients.**

Cette démarche de dépistage individuel repose sur :

- une information des hommes pour parvenir à une décision éclairée ;
- la recherche, par l'interrogatoire des hommes en consultation, de l'existence ou non facteurs de risque ;
- l'examen clinique de la prostate (par un toucher rectal) ;
- le dosage sanguin du PSA (à proposer de façon plus précoce chez un homme présentant des facteurs de risque) ;
- la réalisation de biopsies prostatiques (lorsqu'elles sont indiquées) ;

La politique actuelle de l'AFU a pour objectif :

- d'une part **de ne pas sous-traiter la population d'hommes porteurs d'un cancer de la prostate agressif**, et donc de les diagnostiquer à temps pour un traitement à temps ;
- et d'autre part **d'éviter le sur diagnostic et le sur traitement des formes à évolution plus lente** (cf. Communiqué de presse de l'AFU du 15 mars 2012).

Pour cette politique l'AFU développe et participe à la recherche scientifique, elle évalue les pratiques, elle met en place des programmes de formation, elle participe à des groupes de travail avec l'Institut National du Cancer (INCa) et laHAS.

Contact presse :

MHC Communication

Véronique Simon

01 49 12 03 43 / 07 77 69 05 80

vsimon@mhccom.eu