

Pierre Gallois
Jean-Pierre Vallée
Yves Le Noc
Société Française
de Documentation
et de Recherche
en Médecine Générale

Mots clés :
prévention,
dépistage, cancer,
prostate, éthique,
personne âgée,
programme, santé
publique

Le dépistage des cancers est de plus en plus à l'ordre du jour. Au point que la population se demande souvent pourquoi on ne généralise pas plus rapidement le dépistage organisé du cancer du côlon, pourquoi n'organise-t-on pas celui du cancer du col de l'utérus, de la prostate, ou du poumon... Il nous a paru utile, avant d'aborder les problèmes des différents cancers, de rappeler les principes de base du dépistage, du point de vue de la faisabilité, de l'utilité et de l'efficacité, et également de l'éthique. Peut-on en rester au dépistage individuel au hasard des consultations en cabinet, ou faut-il privilégier le dépistage organisé ? A-t-on des preuves de l'efficacité de telle ou telle modalité de dépistage ? Qu'en est-il chez les personnes âgées par rapport aux autres catégories de population ? Dans ce dossier, nous présentons les données scientifiques actuelles pour chacune de ces questions. Nous reviendrons dans un second dossier sur les problèmes plus spécifiques liés à tel ou tel dépistage.

Dépister les cancers, mais à quelles conditions ?

Ces dossiers de Bibliomed ne résultent pas d'une revue systématique de la littérature, mais d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction. Ils rassemblent des textes publiés chaque semaine depuis quelques années, actualisés si nécessaire en fonction des données les plus récentes.

L'action de dépistage, quel que soit le risque ou la pathologie en cause, pose à la société tout entière de multiples questions qui relèvent d'une réflexion globale des sciences humaines en général, sociologie, psychologie, anthropologie..., bien au-delà de la médecine, sur le bien fondé d'interventions systématiques chez des personnes apparemment en bonne santé. C'est probablement plus vrai encore lorsqu'il s'agit de dépistage des cancers, aux connotations si difficiles. Plus concrètement, et parce qu'il s'agit d'une activité à l'interface entre santé et soin, entre « usager » et « patient », elle nous interpelle directement, nous généralistes. En tant que médecins de soins primaires, c'est-à-dire de premier recours entre nos patients et le système de santé dans toute sa complexité, nous sommes les premiers interlocuteurs et sans doute les plus puissants « aiguillons » du dépistage. Ce qui nous confère une responsabilité particulière quant à la réflexion sur les objectifs et les limites de cette activité.

Les questions auxquelles répond ce dossier ont fait l'objet de quatre publications de Bibliomed : 157 du 14 octobre 1999, 159 du 28 octobre 1999, 240 du 25 octobre 2001, 323 du 20 novembre 2003.

Dépistage : des règles strictes

Nous avons été formés pour une médecine surtout curative. Pourtant notre rôle préventif est de plus en plus important, et nous avons tendance à appliquer à la prévention les règles qui nous ont été enseignées pour les soins. Est-ce justifié ? L'action curative vise à corriger ce qui peut réduire la qualité et/ou l'espérance de vie. Elle doit s'appuyer sur les données scientifiques validées. En leur absence, il peut être licite de faire appel à des moyens empiriques. Dans tous les cas, l'information du patient sur le rapport bénéfices/risques est nécessaire. La personne à qui l'on propose une intervention de prévention ou de dépistage n'est pas malade. Bien souvent, elle n'est pas demandeuse. Les règles à appliquer pour un dépistage doivent donc être bien plus strictes pour ce qui est de l'efficacité et de l'innocuité des propositions. L'OMS a établi dix critères pour justifier le dépistage d'une maladie. L'Anaes les a présentés à propos du dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA [1]. Les voici résumés en six points-clés qui regroupent certains des critères OMS.

La maladie doit représenter un problème important de santé publique

Ceci implique de connaître l'épidémiologie de la maladie, sa mortalité, l'évolution de celle-ci dans les années récentes, de même que les facteurs de risque. Ainsi, pour le cancer de la prostate, la prévalence véritable est difficile à établir, les données disponibles provenant de séries d'autopsies qui majoraient les chiffres par rapport à la prévalence clinique. Mais en termes d'années de vie perdues, l'impact de ce cancer est très inférieur à celui du cancer du poumon ou des cancers digestifs par exemple. Le cancer de la prostate est donc un problème de santé publique moins important que le laissent penser son incidence et sa prévalence.

La maladie doit exister à un stade latent reconnaissable, l'histoire naturelle de la maladie incluant le développement du stade latent au stade déclaré doit être correctement comprise

Le cancer de la prostate a une histoire naturelle très longue : 30 à 40 % des hommes de plus de 50 ans peuvent être porteurs d'un cancer de la prostate, 8 % sont susceptibles de devenir cliniquement significatifs, moins de 5 % ont une probabilité d'en décéder.

Il doit exister un traitement efficace pour les patients atteints de la maladie

Pour le cancer de la prostate localisé, il existe trois possibilités : chirurgie, radiothérapie, abstention-surveillance. Il n'existe pas d'étude prouvant la supériorité d'une attitude par rapport à l'autre. La morbidité consécutive aux traitements du cancer de la prostate est importante (impuissance sexuelle et incontinence urinaire).

Lors de la première publication de ce texte, en 1999, il n'existait pas d'étude montrant un bénéfice en termes d'espérance de vie chez les patients ainsi dépistés entre les deux groupes abstention-surveillance et traitement immédiat, notamment dans une étude suédoise de suivi de 695 patients sur 6 ans [2]. Une actualisation de cette étude montre, après un suivi moyen de 8 ans, un bénéfice chez les hommes de moins de 65 ans [3]. Cette seule étude ne suffit pas à remettre en cause les choix actuels tant que nous n'aurons pas les résultats d'autres études portant sur des populations beaucoup plus importantes, actuellement en cours en Europe et aux États-Unis. Nous reviendrons sur ce dossier si controversé.

Il doit exister des tests performants pour le dépistage

Dans les études à notre disposition, de qualités variables, la sensibilité du PSA, pour un taux > 4 ng varie de 46 à 81 %, sa spécificité de 91 à 99,5 %, sa valeur prédictive positive de 7 à 40 %. Mais les performances en situations de dépistage sont encore mal connues, la variabilité des résultats est importante selon les méthodes utilisées. La stratégie la plus performante combinerait TR et PSA, la stratégie optimale restant à définir.

Le test doit être acceptable pour la population, le dépistage doit apporter un bénéfice en termes de santé publique

À ce jour, il n'existe pas d'étude montrant le bénéfice d'un dépistage systématique du cancer de la prostate. Les données de la littérature semblent montrer qu'après information objective des bénéfices et effets indésirables potentiels, l'entourage est plus enclin que le patient à désirer ce dépistage.

Outre les critères de l'OMS, les bénéfices d'un dépistage doivent être analysés en intégrant les facteurs économiques

Les études économiques sont majoritairement en défaveur d'un dépistage de masse du cancer de la prostate, sans condamner certains dépistages individuels.

Les auteurs du rapport de l'Anaes concluent que le dépistage de masse ou individuel implique l'amélioration de l'information du patient, qui doit être objective, sur les bénéfices et effets indésirables de l'ensemble de la démarche.

Que retenir pour la pratique ?

Une grille d'analyse pour toutes les situations de dépistage, qu'il s'agisse de dépistage individuel ou de dépistage systématique. Cette analyse doit se fonder sur les données épidémiologiques et cliniques des essais contrôlés réalisés. Elle doit prendre en compte les bénéfices du dépistage en termes de qualité et/ou d'espérance de vie comme les effets indésirables. Ceux-ci doivent être analysés au niveau des moyens mis en œuvre pour les affections décelées, mais aussi au niveau des investigations réalisées à titre diagnostique, et sans méconnaître toutes les conséquences psychologiques. Les principes concernant l'information du patient et toutes les conséquences éthiques liées aux décisions de dépistage sont analysés ci-dessous.

Dépistage et bioéthique

Le dépistage qui s'adresse à des personnes en bonne santé, et souvent sans demande précise de leur part, doit se soumettre à des exigences scientifiques et éthiques rigoureuses. Ce bref texte de synthèse est fondé sur un document suisse remarquable [4]. Notre résumé sera forcément schématique dans un domaine où les nuances sont particulièrement importantes : nous ne pouvons que recommander la lecture de ce texte. Il nous a semblé intéressant de donner comme cadre de réflexion pour ce domaine majeur de notre exercice les trois principes de base de la bioéthique rappelés dans ce document.

Le principe d'autonomie

Le respect de la personne est le principe de base, le respect de l'autonomie de cette personne en découle. C'est reconnaître la capacité de l'individu à faire des choix pour lui-même (autodétermination et libre choix) et à régir sa conduite (autogestion). Il en découle deux exigences : *consentement éclairé* (donc information) et *confidentialité*.

Les principes de bienfaisance et de non-malfaisance

Ne pas faire de mal est le premier « *primum non-nocere* ». Il doit se doubler d'un devoir de « *bienfaisance* » qui va de pair avec une attitude de bienveillance. À ce principe se rapporte le principe d'utilité qui demande qu'une action soit évaluée en fonction de ses conséquences positives et négatives, comme de son rapport coût/bénéfice.

Le principe de justice ou d'équité

Cette préoccupation fait intervenir la dimension collective des problèmes de santé, dans le sens d'une préférence pour les plus faibles, les plus démunis, en se rappelant les difficultés à faire bénéficier du dépistage les personnes en situation d'exclusion. C'est à lui que l'on peut rattacher les conflits entre individu et société.

Dans le cadre du dépistage, il importe d'abord de bien connaître les données scientifiques fondant l'efficacité, et leur rapport avantages/inconvénients, dont les auteurs résument la problématique en un tableau que nous avons adapté (*tableau 1*).

Que retenir pour la pratique ?

Les principes suivants, à partir des mots-clés responsabilité, efficacité, sécurité, évaluation, communication, participation :

- une exigence de preuves de l'*efficacité* de la démarche (en termes de réduction de la morbidité et/ou de la mortalité) et de la *sécurité* des procédures ;
- une recherche de *qualité dans la mise en œuvre des procédures*, par exemple des procédures radiologiques et chirurgicales pour le cancer du sein, du frottis cervical pour le cancer du col utérin, de l'échographie dans le dépistage prénatal ;
- une *clarté de l'information* respectant la vérité des données et permettant le libre choix des patients, en se rappelant la difficulté d'informer sans alarmer sur des données probabilistes ;
- une *connaissance des effets négatifs*, notamment psychologiques, pour en réduire la survenue dans la mesure du possible. Dans tous les cas, les modalités d'explication et du suivi des résultats positifs ou négatifs d'un test par le médecin traitant en sont une composante importante ;
- une *évaluation des résultats* du dépistage dans le cas d'un dépistage organisé, incluant la connaissance et l'information sur les effets secondaires, les faux positifs comme les faux négatifs.

Tableau 1. Avantages et inconvénients du dépistage

Avantages	Inconvénients
Pronostic amélioré pour un certain nombre de cas	Risque de traiter inutilement des anomalies problématiques
Traitement moins offensif capable de guérir certains cas détectés précocement	Morbidité prolongée pour les cas détectés dont le pronostic est inchangé
Économie des ressources	Coût des moyens
Réassurance pour les sujets dont le test est négatif (« vrais négatifs »)	Fausse réassurance pour les « faux négatifs » Anxiété et parfois atteintes à la santé pour les « faux positifs »
Innocuité du test utilisé	Risques inhérents à certains tests et aux examens qu'ils peuvent engendrer

Qu'en est-il chez la personne âgée ?

Il existe beaucoup d'incertitudes sur la place du dépistage des cancers chez les personnes âgées. Les bénéfices du dépistage sont surestimés par les patients, alors que tout dépistage présente des lacunes et des inconvénients que la culture médicale a souvent minimisés par le passé [5] :

- des *résultats incertains du test de dépistage*, générateurs d'inquiétude pour le patient et d'examen complémentaires nécessaires, souvent en cascade, parfois déplorables et porteurs de risques ;
- des *cancers d'intervalle* : en dehors des faux négatifs, des cancers peuvent apparaître entre deux dépistages. Ce sont souvent les plus agressifs, et les patients ne doivent pas croire que, dépistés, ils auraient survécu ;
- des *traitements inutiles* : certaines anomalies décelées ont une évolution si lente que le patient décède d'une autre pathologie avant la survenue de symptômes liés à ce cancer : « Si des patients meurent d'un cancer, beaucoup plus meurent avec un cancer. »

Que faire chez les personnes âgées ? Deux gériatres américains proposent une stratégie en quatre étapes [6]. Les exemples des auteurs concernent les trois principaux cancers à dépister (sein, colorectal, col utérin). Le cancer prostatique est écarté en raison de l'utilité incertaine de son dépistage chez les personnes âgées. Seul le cancer du sein sera utilisé ici à titre d'exemple.

Évaluer le risque individuel de décès pour un cancer donné

Les données épidémiologiques fournissent l'espérance de vie par âge et par sexe. Les facteurs de risque et les pathologies associées permettent d'affiner l'évaluation et de chiffrer plus précisément le risque. Enfin, les taux de mortalité de tel cancer dépistable permettent de calculer le risque pour le patient de mourir de ce cancer dans les années qui lui restent à vivre.

Ainsi, Mme A, 75 ans, est diabétique et a une démence. Mme B, 80 ans est en bonne santé et autonome. Leur espérance de vie respective est de 6,8 et 13 ans ; leur risque de mourir d'un cancer du sein de 0,9 et 2,4 % sur ces périodes.

Évaluer les bénéfices du dépistage

Ils ne sont pas immédiats, et peuvent être nuls si l'espérance de vie est courte. Pour le cancer du sein, entre le groupe témoin et le groupe dépistage, les courbes de survie ne divergent significativement qu'après 5 ans. Les indicateurs d'efficacité peuvent être la réduction du risque relatif, ou de façon plus concrète le nombre de patients qu'il est nécessaire de dépister (NND) pour éviter un décès pour un cancer donné. Ainsi, pour le cancer du sein, pour une femme de 50 ans qui a une espérance de vie de 40 ans, le NND est de 96. Ici, pour Mme A, il est de 1 361, et de 240 pour Mme B.

Évaluer les inconvénients du dépistage

Ils peuvent être de trois sortes :

- les *troubles psychologiques* liés à la crainte du cancer et entretenus par les procédures liées au dépistage ;
- les *risques et ennuis des examens complémentaires* en cas de test suspect. Pour le cancer du sein, ils concernent environ 8 % des femmes de plus de 70 ans, parmi lesquelles environ 15 % auront un cancer invasif. L'anxiété engendrée et les risques de la biopsie sont les principaux inconvénients ;

– la *découverte et le traitement de cancers qui n'auraient jamais fait parler d'eux*. Ainsi pour le cancer *in situ* du sein, seulement 7 à 25 % évolueront vers un cancer invasif dans les 5 à 10 ans.

Évaluer les préférences et possibilités du patient

Le partage de la décision avec le patient est difficile et doit éviter l'écueil de se décharger en disant : « C'est votre décision ». Informer sur le rapport bénéfice/risque du dépistage d'un cancer nécessite de tenir compte du patient et parfois, surtout chez les personnes âgées, de son entourage, de sa psychologie et de ses valeurs, de sa capacité à subir les traitements éventuels d'un cancer découvert.

Ainsi, pour Mme A, son entourage souhaite privilégier sa qualité de vie, et elle devient agitée dès que sa vie routinière est modifiée. Quant à Mme B, elle a compris les risques de faux positifs, mais pense qu'elle sera tranquillisée en cas de résultat normal. Mais tout cela demande que le médecin puisse y consacrer du temps.

Que retenir pour la pratique ?

Les principes développés dans cette étude fondée sur des données épidémiologiques américaines semblent transposables à notre pratique. Il s'agit d'une démarche concrète pour une activité de dépistage toujours complexe, nécessitant de prendre en compte des données quantitatives, globales, et qualitatives, individuelles. Les indicateurs d'efficacité sont définis sur les données quantitatives, et le NND paraît un bon indicateur. Mais est-il explicable au patient ? Le bénéfice paraît toujours faible quand il est exprimé statistiquement : dépister plus de 100 patients pour éviter un décès, gagner 2 jours d'espérance de vie... Il paraît surtout important d'expliquer que, si la plupart des sujets ne tirera aucun avantage du dépistage, un petit nombre seulement obtiendra un bénéfice important.

Comment impliquer patients et médecins ?

Le dépistage des cancers relève soit de pratiques au coup par coup « opportunistes » ou plus ou moins structurées par le médecin, soit d'un programme collectif « organisé ». La première approche entre dans le cadre d'une pratique traditionnelle, centrée sur la relation, la négociation entre le patient et son médecin. Dans la deuxième approche, malgré l'exigence

de règles éthiques formulées dans les cahiers des charges, l'intrusion de tiers extérieurs est souvent perçue avec un sentiment de frustration, de dépossession de leurs prérogatives propres par les professionnels, ou comme une perte de liberté, une incitation inopportune par les patients. Cependant, l'organisation du dépistage du cancer du sein est maintenant étendue à toute la France. Celle du dépistage du cancer colorectal s'étend progressivement dans 22 départements. Pour le cancer du col, en dehors de quelques exceptions, le dépistage reste dans le champ du colloque singulier [7]. Il est admis que l'efficacité du dépistage dépend largement de son organisation. Mais est-ce démontré, et est-il possible d'identifier dans cette organisation ce qui en conditionne l'efficacité ? Une méta-analyse américaine tente d'apporter une réponse [8].



Dans cette méta-analyse, les auteurs ont recherché sur la période 1966-1999 les études randomisées évaluant les interventions visant à favoriser les vaccinations de l'adulte et les dépistages des cancers du sein, du col utérin et du côlon (par la recherche de sang occulte dans les selles). Ils ont retenu, concernant le dépistage des 3 cancers, 79 études randomisées comparant le taux de participation des patients (groupe intervention *versus* groupe contrôle).

Sept interventions, à destination des patients ou des praticiens, étaient évaluées : rappels, retours d'information, formation, incitations financières, actions réglementaires, organisation de structures spécifiques, campagnes médiatiques. En fixant arbitrairement à 1 le taux de participation du groupe témoin, on pouvait chiffrer l'efficacité des interventions, dans l'ordre décroissant repris au tableau 2.

Les données étaient insuffisantes pour juger de l'impact des incitations financières auprès des professionnels et des campagnes médiatiques.

Associer à une intervention efficace un autre mode d'intervention en renforçait l'impact. En revanche, les auteurs soulignaient l'absence de données sur les problèmes de coût/efficacité des différents modes d'interventions.

À partir de cette analyse globale et d'une analyse plus fine des facteurs de réussite, les auteurs concluaient à l'intérêt d'une organisation spécifique pour le dépistage des cancers dont les éléments-clés sont le travail en équipe, la coordination entre intervenants, l'évaluation des besoins réels et des obstacles. L'amélioration des connaissances et l'utilisation de rappels systématiques des patients ajoutent à l'efficacité de cette organisation.

Que conclure pour notre pratique ?

L'organisation du dépistage des cancers est un facteur-clé de la participation des patients. Son efficacité est largement démontrée dans la méta-analyse. La structure nécessaire a un rôle fondamental, complémentaire de celui de la pratique habituelle. Les concepts-clés de cette organisation sont le travail en équipe et la coordination entre les intervenants. Cela ne peut se faire qu'avec la participation active des cliniciens. Le dépistage organisé se met progressivement en place dans notre pays. Les structures de gestion sont souvent paritaires entre institutionnels et professionnels de santé et s'appuient sur les structures de soins existantes. Ce n'est pas toujours le cas. Il est pourtant essentiel que la structure de gestion soit préoccupée de cette collaboration, facteur de réussite, mais aussi que la profession s'implique activement dans les structures.

Au-delà de la participation, objectif intermédiaire, des objectifs complémentaires doivent être atteints. Ceci est indispensable pour que l'action perdure au-delà d'un effort ponctuel initial [9] : assurance-qualité des moyens mis en œuvre, respect des échéanciers du dépistage, suivi efficace des tests positifs. Ce n'est que dans ces conditions que l'on peut espérer atteindre l'objectif final du dépistage : obtenir un gain de mortalité pour l'ensemble de la population concernée.

Un dépistage organisé, complémentaire et non concurrentiel de la médecine de soins, doit devenir un objectif réalisé en commun par les cliniciens et les structures de santé publique. L'exemple du dépistage du cancer colorectal, sur lequel nous reviendrons, est particulièrement éclairant sur ce point. Trois méthodes ont été proposées en France pour la remise du test Hémocult® : une information par courrier avec un bon permettant de se procurer gratuitement le test chez le pharmacien ou dans un centre de bilan de santé (participation autour de 20 % dans les expériences qui ont eu lieu), l'association à l'envoi postal du test (environ 30 %), une remise du test directement par le médecin traitant ou du travail (expériences du Calvados et de Bourgogne : participation de 43 %, passant à 55 % si elle est associée à une relance aux non consultants avec envoi postal du test). L'implication des médecins est donc un facteur d'efficacité. L'étude bourguignonne suggère que les deux facteurs qui poussent le plus les personnes à participer au dépistage sont les explications données par le médecin et le document d'information de début de campagne. La formation, la mobilisation des médecins par petits groupes et leur rémunération sont un préalable qui a permis en Bourgogne, sur 12 ans, la participation de 90 % des généralistes et la réalisation de 85 à 90 % des tests remis [10, 11].

Tableau 2. Ce qui facilite le dépistage (participation relative par rapport à celle d'un groupe témoin fixée arbitrairement à 1)

	Cancer du sein	Cancer du col utérin	Cancer du côlon
Organisation structurée	2,47	3,03	17,6
Incitations financières du patient (réduction ou suppression du ticket modérateur)	2,74	2,82	1,82
Invitations et rappels des patients, surtout personnalisés et portant la signature de leurs médecins	2,31	1,74	2,75
Formation des professionnels	1,99	1,72	3,01
Retours d'information et rappels envers les professionnels, éducation des patients	Efficacité à la marge (taux à peine supérieurs à 1)		

Références :

1. Anaes. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. Anaes, 1999. Disponible sur www.has.sante.fr.
2. Holmberg L et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Eng J of Med.* 2002;347:781-9.
3. Bill-Axelsson A et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Eng J of Med.* 2005;352:1977-84.
4. Aspects éthiques du dépistage : réflexions à partir de l'exemple du cancer du sein. Bouvier P et al. Genève : Médecine et Hygiène ; 1994.
5. Welch HG. Informed choice in cancer screening. *JAMA.* 2001;285:2776-8.
6. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients. A framework for individualized decision making. *JAMA.* 2001;285:2750-6.
7. Collectif. Peut-on améliorer l'efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus ? *Bibliomed.* 2003;322.
8. Stone EG et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. *Ann Int Med.* 2002;136:641-51.
9. Leroy JL, Boman F. Vers un dépistage optimal des cancers et precancers du col utérin par frottis cervicaux. *Presse Med.* 2003;32:174-80.
10. Faivre J, Dancourt V. Le dépistage du cancer colorectal. Certitudes et questions. *Gastroenterol Clin Biol.* 2002;26:886-93.
11. Épidémiologie et prévention du cancer colorectal. Faivre J. Paris : Springer Verlag France ; 2001.

En pratique : le dépistage des cancers

- ▶ Comme tout dépistage, le dépistage des cancers doit satisfaire certaines règles :
 - la maladie doit représenter un important problème de santé publique ;
 - l'histoire naturelle de la maladie doit être connue, en particulier le passage du stade latent au stade déclaré ;
 - le traitement au stade précoce doit avoir prouvé son bénéfice en termes d'espérance de vie et de qualité de vie ;
 - il doit exister un test performant, peu onéreux et acceptable par le patient.
- ▶ Le dépistage doit respecter pour le patient les trois grands principes de bioéthique : liberté et consentement, utilité et non-malfaisance, justice et équité.
- ▶ Il en résulte des exigences pour le médecin : exigences de preuves de l'efficacité et de la sécurité des procédures ; recherche de qualité dans leur mise en œuvre ; clarté de l'information du patient ; connaissance des effets négatifs.
- ▶ L'évaluation des résultats du dépistage est indispensable, et ne peut se limiter au taux de participation. Elle doit prendre en compte l'assurance qualité, le suivi des tests positifs, mais aussi l'identification et l'analyse des faux négatifs.
- ▶ L'organisation du dépistage est un facteur de qualité et d'efficacité, elle seule peut permettre l'évaluation. Elle exige une collaboration étroite entre la structure de gestion et les médecins traitants, dans un esprit de complémentarité.