



COMITE D'EXPERTS DU DEPISTAGE PRECOCE DU CANCER

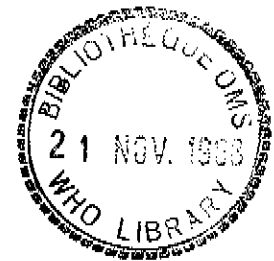
Genève, 11-16 novembre 1968

Point 4 de l'ordre du jour

ASPECTS POSITIFS ET ASPECTS NEGATIFS DES EXAMENS DE MASSE
POUR LE DEPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DU CANCER

par le

Professeur A. V. Chaklin,
Institut d'Oncologie expérimentale et clinique,
Académie des Sciences médicales de l'URSS, Moscou



1. Importance des examens de masse

Les connaissances que nous possédons maintenant sur l'étiologie et la pathogenèse de plusieurs types de tumeurs malignes nous offrent de nombreuses possibilités, non seulement pour la prévention de quelques-unes de ces tumeurs, mais aussi pour l'élaboration d'un système complexe qui permette de mesurer les progrès de la lutte anticancéreuse. Dans un tel système, l'organisation d'un dépistage précoce s'appliquant aux diverses localisations du cancer, en commençant par les plus communes, devrait tenir une place importante. Etant donné l'inégalité de la distribution géographique des tumeurs malignes, il y a dans chaque région des localisations plus fréquentes et par conséquent prioritaires, qui prennent parfois les proportions d'un problème international : tel est le cas, par exemple, du cancer du poumon, du colon et du rectum aux Etats-Unis d'Amérique, du cancer de l'estomac au Japon et en URSS, du cancer de l'oropharynx en Inde, des tumeurs de la vessie dans la République Arabe Unie, etc.

Les statistiques de mortalité et de morbidité montrent que les changements qui se sont produits dans les groupes d'âge, l'allongement de la durée de vie dans les grandes collectivités et l'abaissement de l'incidence de nombreuses maladies infectieuses ont, dans de nombreux pays, placé le cancer en tête des préoccupations majeures, et il ne fait pas de doute que la solution du problème qu'il pose exige des efforts concertés. Les différences qui existent entre les systèmes de soins médicaux, dans l'enseignement médical (notamment en matière d'oncologie) et dans la manière dont le public est renseigné sur la possibilité de détecter un cancer à ses débuts sont telles qu'elles ont rendu très difficile la mise au point de méthodes uniformes pour l'organisation du dépistage précoce. Néanmoins, au cours des deux dernières décennies, nombre de pays ont lancé indépendamment, aux échelons national et local, des programmes d'examen de masse pour la détection précoce et la prévention du cancer, l'action préventive consistant essentiellement à dépister et à traiter activement les états précancéreux.

Maintenant que plusieurs pays ont rassemblé de nombreuses données sur le dépistage de masse, il est possible de considérer les aspects positifs et les aspects négatifs des campagnes de ce genre, surtout de celles qui ont pour objet la détection précoce du cancer.

L'analyse de ces aspects soulève de nombreuses questions, et il nous paraît nécessaire de préciser tout d'abord ce que l'on attend des examens de masse. Cette méthode, en

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

effet, ne va pas sans comporter certaines limitations, de même d'ailleurs que les techniques et les épreuves auxquelles elle fait appel à l'heure actuelle, de sorte que l'on ne peut guère espérer qu'une campagne fera découvrir tous les cas de cancer existant dans la population intéressée.

Plusieurs considérations interviennent ici :

- a) Facteurs économiques : coût d'une campagne de dépistage de masse ou, si l'on veut, coût des examens nécessaires pour rechercher si un individu est atteint de cancer ou d'un état précancéreux.
- b) Temps que le médecin et le personnel auxiliaire doivent consacrer aux examens.
- c) Limites actuelles des possibilités de détection de plusieurs localisations du cancer par des examens de masse.
- d) Techniques et épreuves les plus pratiques pour le dépistage de masse.
- e) Efficacité actuelle du dépistage de masse et possibilité de l'améliorer dans l'avenir.

Pendant longtemps, l'opinion a prévalu que l'initiative d'un diagnostic précoce devait être prise par le malade et que l'éducation du public et l'auto-examen constituaient la meilleure des méthodes. Cependant, les dernières décennies ont montré que cette initiative incombe en fait au médecin et que la première mesure doit être l'examen de masse pratiqué sur les sujets qui ne présentent pas de symptômes morbides et sur ceux qui en présentent quelques-uns mais qui, ne les prenant pas au sérieux ou ne soupçonnant pas un cancer ou un état précancéreux, remettent sans cesse à plus tard une visite chez le médecin. A la vérité, aucune distinction ne devrait être faite entre les examens selon qu'ils s'adressent au premier ou au second groupe de sujets, car un programme de lutte anticancéreuse comporte nécessairement ces deux modalités.

Une des questions que l'on doit se poser au cours d'une campagne de dépistage de masse est celle de savoir pourquoi certains malades présentent déjà un cancer à un stade avancé. En URSS, le médecin est tenu de remplir une formule spéciale pour chacun de ces cas, et aussi d'étudier les raisons pour lesquelles ces sujets n'ont pas été vus plus tôt. L'examen de 746 formules a montré que pour 28,3 % d'entre eux il fallait incriminer une erreur de diagnostic ou de tactique de la part du médecin, pour 8,7 % une forme occulte de cancer, pour 27,1 % l'impossibilité de traiter la tumeur en cause étant donné l'âge du malade ou la présence d'autres infections, et pour 35,9 % le fait que le malade avait négligé de signaler au médecin certains symptômes précoces ou reculé devant l'idée d'un traitement. C'est donc chez les sujets de ce dernier groupe que l'on trouve le plus grand nombre de cancers à un stade avancé. Ils représentent, par exemple, 58,8 % des cas avancés pour le cancer du sein, 53 % pour le cancer du rectum et 41,7 % pour le cancer de l'estomac. Cette constatation démontre une fois de plus que les programmes de dépistage massif peuvent apporter une réelle amélioration de la santé.

Dès le début du vingtième siècle, un gynécologue russe bien connu, V. F. Snegirev, avait rêvé d'une prophylaxie par le dépistage de masse qui assurerait le diagnostic précoce du cancer de la femme. "Si seulement," disait-il, "nous pouvions persuader les femmes de 30 à 50 ans de se faire examiner tous les trois ou quatre mois, nous serions sûrs qu'aucune forme de cancer ne serait négligée, que les interventions chirurgicales auraient une efficacité maximum et que les rechutes deviendraient très rares."

Ce rêve est aujourd'hui devenu une réalité : les examens médicaux, qu'ils concernent des hommes ou des femmes, ont de nos jours une portée beaucoup plus vaste et ils contribuent à assurer non seulement le diagnostic précoce, mais aussi la prévention du cancer.

La mise en place de plus de 2000 sections d'oncologie ("kabinety") dans les polycliniques, de 236 centres anticancéreux ("dispensary"), de 16 instituts d'oncologie ainsi que de

centres hospitaliers pour la lutte contre le cancer, a créé les conditions requises pour l'organisation du dépistage de masse à l'échelle nationale. A cette fin, il était essentiel d'organiser l'activité des oncologistes de façon à garantir une continuité entre l'observation des malades, le traitement et les soins post-cure ("dispanserizacija").

Chaque centre anticancéreux est en relation étroite avec le réseau général des établissements médicaux, de même qu'avec les organismes publics et les entreprises industrielles et commerciales. Ainsi, il lui est possible d'appliquer des mesures générales pour améliorer la santé de la collectivité tout entière, au lieu de se borner à la détection précoce et à la prophylaxie individuelle des tumeurs malignes. Notre objectif est d'éliminer tous les risques professionnels et de créer des conditions de travail et de vie favorables à la diminution de la morbidité due aux affections pré-tumorales, ce qui contribuera efficacement à la prévention des tumeurs malignes, au dépistage de tous ces néoplasmes et des états précancéreux, et à la réduction de la mortalité par cancer. Dans cette optique, les programmes d'exams de masse retiennent tout spécialement l'attention.

2. Les principes du dépistage de masse

On exposera ci-après les caractéristiques des examens prophylactiques de masse en tant qu'ils constituent une méthode efficace de détection des tumeurs malignes.

Ceux qui, entre 1946 et 1968, ont porté sur des millions de citoyens soviétiques âgés de 30 à 35 ans, n'avaient pas seulement pour objet le dépistage des sujets souffrant d'une affection pré-tumorale, mais aussi le diagnostic précoce du cancer. On se proposait en outre d'en faire un moyen de renseigner le public plus en détail sur les signes précurseurs de cette maladie.

Sur ce nombre d'individus, plus de la moitié ont été examinés deux fois par an, ce qui a permis de constater qu'une moyenne de 0,15 % d'entre eux étaient atteints d'une tumeur maligne, que 0,9 % souffraient d'une affection pré-tumorale, et que pour 0,2 %, la présence d'un cancer était à soupçonner, ce que des contrôles ultérieurs ont confirmé dans un certain nombre de cas. En outre, les examens ont révélé des maladies non tumorales.

Les programmes de dépistage de masse tirent leur importance spéciale du fait qu'indépendamment du dépistage précoce d'un état morbide, ils donnent la possibilité de déterminer les conditions favorables au développement d'un processus pathologique, et qu'ils aident ainsi à éliminer divers facteurs nuisibles, et en particulier à mettre en évidence les risques professionnels.

Les méthodes de base sur lesquelles repose le dépistage de masse sont les suivantes :

- 1) Dépistage multiple au sein de groupes organisés de la population.
- 2) Dépistage multiple dans des groupes non organisés, ne faisant pas partie de la population active.
- 3) Dépistage prophylactique pratiqué dans la population d'un district par le médecin de district. Une certaine partie du temps de ce fonctionnaire est consacrée au dépistage de masse, et de nombreux omnipraticiens ont des horaires spéciaux qui font une place à cette activité aussi bien qu'à l'examen de sujets parfaitement sains.
- 4) Examen des sujets souffrant d'affections pulmonaires ou gastro-intestinales chroniques, effectué de concert par le médecin de district et un radiologue. Quelques polycliniques ont des services spéciaux pour les sujets atteints de maladies pulmonaires et gastro-intestinales chroniques.

- 5) Examens gynécologiques, orientés spécialement vers la détection précoce du cancer de l'utérus (ces examens comprennent le dépistage de masse par l'analyse cytologique).
- 6) Examen de groupes, organisés ou non organisés, dans des polycliniques, des consultations externes et des consultations de gynécologie (examens individuels). Ces dernières années, des cabinets spéciaux ont été mis en place dans les polycliniques pour le dépistage de masse.
- 7) Examens effectués par des feldchers et des sages-femmes : stade préparatoire aux programmes de dépistage de masse dans les diverses zones du pays.

Les équipes chargées des programmes de dépistage de masse les exécutent d'ordinaire sur place, c'est-à-dire à l'usine même, au dispensaire, au poste médical ou dans les ateliers. Un travailleur médical de grade moyen (infirmière, sage-femme ou feldcher) est affecté à l'équipe et chargé du travail d'enregistrement, encore que cette tâche soit assumée, en règle générale, par un membre de la Société de la Croix-Rouge mis à la disposition de l'équipe par le comité syndical de l'entreprise. Les documents utilisés pour le dépistage multiple sont exactement les mêmes que ceux qui sont employés pour les autres formes d'examen oncologique.

Le rôle du spécialiste en chef (chirurgien, gynécologue et médecin) dans l'organisation du dépistage de masse est très important. La proportion des cas où des examens complexes ont été pratiqués plus d'une fois est élevée, en particulier pour les examens gynécologiques.

Le spécialiste en chef, de concert avec le médecin-chef du centre de lutte anticancéreuse de l'oblast ou de la ville intéressés, établit un plan d'examen. Avec son concours, le centre analyse les résultats et les résume, une attention particulière étant prêtée à un examen plus approfondi des sujets chez qui une tumeur maligne a été soupçonnée.

Un certain nombre de mesures sont habituellement prises avant la mise en route d'un programme de dépistage de masse.

En tête de ces mesures préparatoires vient la détermination des groupes à examiner. Des études démographiques sont nécessaires pour établir la répartition des individus par âge, sexe, profession, horaire des travailleurs, etc. Dans chaque région, la distribution géographique des principales localisations du cancer, et en premier lieu ces localisations elles-mêmes, doivent retenir particulièrement l'attention. C'est seulement lorsque ces activités préparatoires ont été menées à bien que le programme de dépistage de masse peut être mis sur pied.

Il convient de se garder d'appliquer trop rigoureusement le principe général qui fixe à 30 ans pour les femmes et à 35 ans pour les hommes l'âge au-delà duquel les individus doivent être examinés. Il existe en effet des régions où cet âge devrait être ramené à 25 ans pour les femmes et à 30 au maximum pour les hommes.

Un plan de dépistage de masse est établi pour chaque ville, rayon, oblast, ferme collective et station d'outillage et de tracteurs. On évalue le nombre des sujets à examiner, et la forme exacte des examens est déterminée en fonction des installations disponibles pour l'exécution du programme.

Tandis que s'élabore ce plan, des instructions sont données au médecin de district pour l'examen du groupe en cause, en tant qu'élément des activités de dépistage précoce des polycliniques; des heures sont spécialement réservées à cet effet et les intéressés sont avertis par l'infirmière de district et par les membres actifs de la Croix-Rouge.

Certains sujets sont examinés au lieu même de leur travail. De cette façon, si la polyclinique de son côté pratique tous les examens individuels qui lui incombent, toute la population - ses secteurs organisés aussi bien que les autres - sera touchée par le dépistage de masse. Les personnes qui fréquentent la polyclinique étant vues par le médecin de district dans une proportion allant jusqu'à 60 %, il est évident que ce fonctionnaire jouera un rôle de premier plan dans les examens individuels. Etant donné que seul un petit nombre des sujets qui viennent pour la première fois à la polyclinique sont dirigés sur l'hôpital, il est plus indiqué d'organiser ces examens dans le premier de ces établissements. C'est cette considération qui a conduit à mettre en place dans les polycliniques des cabinets spéciaux pour le dépistage de masse.

Les examens individuels sont particulièrement importants parce que, parmi les malades qui fréquentent les sections de chirurgie des polycliniques, la proportion des sujets soumis à des épreuves de dépistage d'affections pré-tumorales est de 2 à 3 %; elle est de 4 à 5 % pour ceux qui fréquentent les cliniques générales, et dans les cliniques consultatives de gynécologie, elle s'élève à 8-10 %. Le taux de dépistage des tumeurs malignes est donc beaucoup plus élevé pour les examens individuels que pour les examens de masse ordinaire.

Parmi les sujets qui souffrent de troubles gastriques de manière chronique ou fréquente, le cancer de l'estomac est décelé de deux fois et demie à trois fois plus souvent qu'au cours des examens ordinaires, même si les cliniques consultatives générales reçoivent un grand nombre de personnes atteintes de diverses affections chroniques de l'estomac, et aussi du poumon. Il est donc essentiel que le médecin de district ou d'atelier porte une attention spéciale au dépistage des individus souffrant d'affections pulmonaires ou de l'appareil gastro-intestinal et qu'ils établissent, pour ce groupe de malades, des relevés spéciaux, conformément aux principes de l'observation, du traitement et des soins post-cure continus ("dispanserizacija").

En plus des examens individuels ordinaires effectués dans les consultations externes, les polycliniques et les hôpitaux, il est important que l'on se serve des examens médicaux pratiqués au sein de groupes particuliers de la population pour faire du dépistage de masse et déceler les tumeurs malignes à un stade précoce. Il s'agira notamment :

- 1) des examens médicaux périodiques des travailleurs de l'industrie, avec délivrance d'un certificat médical;
- 2) des visites médicales pour le traitement et la surveillance continue des invalides de la Deuxième Guerre mondiale;
- 3) de l'examen des autres groupes justiciables d'une surveillance, d'un traitement et de contrôles ultérieurs par les médecins de district;
- 4) des examens pratiqués sur les personnes pouvant avoir besoin d'une cure dans une station thermale, une station climatique ou un sanatorium;
- 5) des examens pratiqués sur les personnes pouvant avoir besoin d'un régime diététique ou d'un traitement physiothérapeutique spécial;
- 6) de l'examen médical pratiqué à l'entrée des travailleurs dans certains établissements industriels;
- 7) de l'examen pratiqué sur les donneurs de sang.

Tous ces examens permettent d'obtenir un bon dépistage des tumeurs malignes, et particulièrement des états pré-tumorales et le nombre des sujets ainsi touchés est considérable.

La mise au point et l'exécution d'un programme de dépistage de masse comportent un certain nombre de mesures qui peuvent être brièvement décrites comme suit :

- 1) Elaboration d'un plan coordonné, indiquant le nombre estimatif des personnes que l'on se propose d'examiner, l'endroit où les examens auront lieu, le nombre de sujets dont les médecins auront à s'occuper, la durée de l'examen, les services sur lesquels seront dirigés les intéressés pour traitement immédiat, etc.
- 2) Préparation des médecins à ces activités dans l'institut d'oncologie, le département d'oncologie, le centre anticancéreux et l'hôpital urbain ou rural. Il est souhaitable que cette préparation soit confiée à un spécialiste en oncologie, et qu'elle soit particulièrement orientée vers les possibilités de dépistage précoce de plusieurs localisations cancéreuses.
- 3) Préparation des infirmières, des feldchers et des sages-femmes qui participeront aux examens.
- 4) Etablissement de contacts avec la direction des entreprises industrielles intéressées ou avec les membres actifs de la Société de la Croix-Rouge.
- 5) Conférences à l'intention des personnes à examiner.

Une fois dotée des moyens matériels nécessaires, l'équipe chargée des examens les entreprend après avoir établi un horaire de travail précis (huit personnes par heure au maximum). Cette tâche achevée, elle analyse les résultats enregistrés, rédige un rapport et - ce qui est le plus important - s'assure que tous les malades dépistés ont été envoyés dans des établissements de soins curatifs pourvus des installations voulues pour un examen approfondi et un traitement précoce. Ce n'est que lorsqu'elle aura examiné tous les sujets dont elle est responsable ou qu'elle les aura adressés à l'hôpital que l'équipe pourra considérer son travail comme terminé. On a pu établir que sur le nombre total des cas dépistés lors des examens, 5,3 % ont été dirigés vers des postes médicaux, 47,2 % vers des polycliniques, 5,3 % vers des hôpitaux et 42,2 % vers des centres anticancéreux.

Plus de la moitié des cas dépistés ne sont pas envoyés dans des établissements anticancéreux. Il s'agit, pour la plupart, de personnes souffrant d'une érosion du col de l'utérus ou de diverses formes de gastrite.

Les établissements d'oncologie résument les résultats généraux des examens, étudient l'efficacité de ceux-ci et suivent les cas dépistés en vue de contrôles ultérieurs. Il est ainsi possible, non seulement de déterminer la proportion de guérisons chez les sujets qui présentaient une tumeur maligne, mais aussi les résultats du traitement chez ceux qui souffraient d'une affection pré-tumorale.

Le dépistage en milieu rural n'est pas encore pratiqué dans une mesure suffisante, mais les conditions sont déjà réunies pour effectuer des examens prophylactiques en vue d'un diagnostic précoce des tumeurs malignes : il faut simplement que l'on tire parti des examens primaires pratiqués parmi la population rurale pour décider si les sujets atteints ou suspects doivent être placés sous la surveillance de services préventifs, curatifs ou de contrôle médical ("dispensaires").

Il est important d'associer l'examen pratiqué en vue du diagnostic précoce et de la prophylaxie des tumeurs malignes avec d'autres formes d'investigation. De cette manière, cet examen peut servir de jalon dans la surveillance de la population par les services de consultations externes, de traitement et de contrôle médical post-cure. C'est ainsi que l'on a obtenu des résultats particulièrement favorables en associant l'examen oncologique avec celui de travailleurs exerçant des métiers dangereux, de personnes employées dans des restaurants, dans l'industrie de l'alimentation, etc.

Les examens ainsi effectués ont permis de recueillir des données sur la morbidité par affections pré-tumorales et de déterminer l'importance de ces affections dans le processus tumoral. Avant l'institution de ces examens, il n'existait aucun enregistrement des malades atteints de ces affections, non plus qu'un système de traitement ambulatoire et de surveillance post-cure.

Des examens pratiqués régulièrement deux fois par an sur les personnes âgées de plus de 30 ans qui travaillent dans les mêmes entreprises industrielles ou les mêmes bureaux, amènent une rapide réduction du nombre des cas nouveaux de tumeurs malignes enregistrés. Cette réduction est d'autant plus marquée que la proportion des travailleurs examinés est plus élevée et que les sujets atteints d'une affection pré-tumorale sont soumis à un traitement efficace.

L'analyse de la documentation disponible ne nous permet pas de partager l'opinion d'un certain nombre de chercheurs qui estiment que l'on devrait limiter les examens aux personnes âgées de plus de 35 ans. S'il est exact que c'est chez les sujets de 45 ans et au-delà que le cancer se rencontre le plus fréquemment, il n'en est pas moins vrai que des tumeurs malignes ont été découvertes chez une proportion importante de personnes de moins de 30 ans. Il en résulte que l'on doit examiner les femmes à partir de 25 ans et les hommes à partir de 30 ans. Pendant la période 1947-1967, 2,3 % des sujets examinés en URSS n'avaient pas 20 ans, 7,8 % étaient âgés de 20 à 29 ans, 31 % de 30 à 39 ans, 28 % de 40 à 49 ans, 17,1 % de 50 à 59 ans et 3,8 % de plus de 60 ans.

Parmi les groupes organisés de la population, les examens pratiqués au cours de la période mentionnée ci-dessus ont principalement porté sur des individus de moins de 50 ans, mais des tumeurs malignes ont été fréquemment décelées dans les groupes d'âge plus élevés. On doit en conclure que les examens devraient être étendus aux groupes non organisés ainsi qu'aux personnes employées dans des bureaux, des coopératives, de petites usines et autres entreprises dont le personnel est peu nombreux et où, jusqu'ici, les examens de ce genre n'ont pas été pratiqués.

L'institution des examens de masse a fait diminuer le nombre des personnes atteintes d'une tumeur et qui ne recevaient pas les soins voulus.

Les statistiques mettent en évidence l'importance des examens prophylactiques pour le diagnostic précoce, étant donné surtout que le traitement radical des malades ainsi dépistés s'est révélé hautement efficace.

3. Méthodes de dépistage de masse

Si l'on examine la répartition des états précancéreux diagnostiqués lors des examens de masse. On constate que leurs localisations étaient les suivantes: utérus (42,2 % des cas), estomac (33,3 %), sein (7,5 %), peau (2,4 %), rectum (2,3 %), oropharynx (1,7 %), oesophage (0,8 %) et poumon (0,6 %). Malgré tout l'intérêt des discussions qui ont lieu actuellement au sujet de la classification des états précancéreux dans les campagnes de dépistage de masse, les malades ne peuvent attendre que ces échanges de vues aient abouti. En ce qui concerne les affections chroniques, on pourrait dès leur détection par les examens de masse, entreprendre leur traitement, ce qui serait déjà un progrès en matière d'action préventive. Les examens spéciaux des malades chroniques constituent certainement une importante mesure de dépistage précoce.

La possibilité de radiographier tous les individus qui présentent des symptômes d'affection gastrique présente un intérêt capital. Les services spécialisés qui ont examiné aux rayons X les personnes qui leur avaient été envoyées lors des examens prophylactiques ont décelé des tumeurs malignes de l'estomac chez 3,5 % de ces sujets, une polypose gastrique dans

0,4 à 0,6 % des cas et des ulcères dans 10 à 18 % des cas. Dans les sections de radiologie des établissements d'oncologie, ces taux étaient un peu plus élevés : le cancer de l'estomac a été dépisté dans 6 à 18 % des cas, la polyposé dans 0,3 à 0,7 % et la gastrite hypertrophique dans 25 à 30 %. L'importance des examens radiographiques de masse a été signalée par de nombreux auteurs. Il serait souhaitable que l'examen radiophotographique conjugué des poumons, de l'oesophage et de l'estomac passe dans la pratique courante. Il pourrait permettre de déceler les altérations pathologiques de l'estomac et de découvrir des tumeurs asymptomatiques dans la plupart des cas où elles sont présentes.

Il n'est évidemment pas possible d'étendre le dépistage radiographique de masse aux personnes en bonne santé. L'attention doit au contraire se concentrer sur les groupes très exposés, et avant tout sur les sujets souffrant de gastrite chronique, d'ulcère et d'autres affections chroniques de l'estomac. Dans les régions où le cancer de l'estomac apparaît avec une incidence élevée, par exemple au Japon et dans quelques régions de l'URSS, on envisage de faire du dépistage massif, notamment par les examens radiographiques. La gastro-entérographie de masse avec photographie en couleur paraît dans une certaine mesure plus importante que l'examen radiographique classique. Ce qu'il faut néanmoins, c'est savoir quels groupes de sujets doivent être mis en observation, et ce point appelle lui aussi des discussions spéciales.

Le dépistage du cancer de l'estomac lors d'enquêtes prophylactiques de masse pose des problèmes fort complexes.

D'après une étude effectuée par E. S. Skoblja en RSS de Biélorussie, on n'a en général recours à la radiographie que lorsque les sujets se plaignent de troubles marqués de l'appareil gastro-intestinal.

Le centre d'oncologie de la RSS de Biélorussie, qui assure des services prophylactiques, curatifs et de post-cure a effectué une enquête pilote portant sur 101 000 personnes, habitant la ville ou la campagne. L'enquête a eu lieu en deux stades : dans un premier stade, on a rempli les formulaires individuelles et recueilli les anamnèses et, dans le second, des unités mobiles de radiographie ont pratiqué des examens spéciaux sur les sujets qui présentaient des troubles du fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal.

Au cours de ces activités, une radiophotographie grand format de l'estomac a été prise sur 6585 sujets, soit 6,5 % de la population couverte par l'enquête. Chaque unité mobile a examiné en moyenne 30 à 40 personnes par jour. Finalement, il a fallu procéder à 1817 examens radioscopiques et radiographiques, la radiophotographie ayant révélé des altérations certaines. Le cancer de l'estomac a été diagnostiqué chez 0,05 % de toutes les personnes examinées au cours du premier stade, et un traitement radical s'est avéré nécessaire dans 83,8 % des cas. Il s'agit là d'une proportion extrêmement élevée, qui confirme l'efficacité du programme. Celui-ci est maintenant étendu à l'ensemble de la République de Biélorussie.¹

Les examens suivants sont d'une importance décisive pour diagnostiquer en temps utile les tumeurs malignes et les affections pré-tumorales de l'estomac : examen des malades placés dans les établissements de soins curatifs (en particulier des sujets soignés pour affections gastriques), analyses pour envoi aux sections de diététique, enquêtes radiologiques et radiographiques de masse parmi les sujets sains de groupes très exposés, traitement et surveillance suivis, comportant des contrôles périodiques tous les six mois au moins, des personnes souffrant d'affections gastriques.

¹ Skoblja, E. S. (1965) Méthodes de dépistage prophylactique de masse en vue de la détection du cancer et des états précancéreux de l'estomac, Sovetsk. Zdravoohr., 8, 35-36.

Le succès de la détection des tumeurs malignes du rectum dépend de la complétude des anamnèses, du toucher rectal obligatoire et de l'envoi dans les services intéressés pour examen complémentaire, par proctoscopie notamment, des sujets pour lesquels le diagnostic aura été douteux. Sur le nombre total des individus chez qui on avait soupçonné la présence d'un cancer du rectum, le diagnostic a été confirmé dans 17 % des cas. Les examens prophylactiques ont aidé à réduire la proportion des tumeurs malignes du rectum restées inaperçues. Environ 82 % des sujets atteints d'affections pré-tumorales du rectum ont été envoyés dans des établissements de soins curatifs.

L'examen prophylactique de la population en vue du diagnostic précoce du cancer du poumon a montré qu'il était possible de déceler l'apparition de cette maladie à ses premiers stades. Après la prise de l'anamnèse et l'examen, les sujets chez qui on soupçonne la présence d'une tumeur du poumon sont envoyés dans un service spécialisé pour une radioscopie, suivie d'un traitement radiothérapeutique. Dans 36,3 % des cas où l'on avait soupçonné la présence d'un cancer du poumon, le diagnostic a été confirmé. Sur le nombre total des cas de cancer du poumon enregistrés, principalement à Léninegrad, plus de 10 % ont été dépistés lors des examens de masse.

A l'heure actuelle, la question des examens prophylactiques par radiophotographie fait l'objet de discussions toujours plus nombreuses. Ainsi, au Congrès de médecine prophylactique et d'hygiène sociale, tenu à Sofia en 1966, les chercheurs bulgares T. Burilkov et Babadžaev¹ ont rendu compte des résultats de plus d'un demi-million d'examens pratiqués dans le district de Sofia pendant la période 1956-1964 et qui ont permis de détecter 689 cas de tuberculose pulmonaire (13,8 pour 10 000), 58 cas de cancer du poumon (1,16 pour 10 000) et 114 cas de pneumoconiose (2,29 pour 10 000). Ces chercheurs ont indiqué que la radiophotographie était toujours plus employée pour le dépistage du cancer du poumon et de ses signes précurseurs.

La radiographie de masse à des fins prophylactiques est pratiquée en République démocratique allemande. C'est elle qui permet de déceler 50 % de tous les cas de cancer du poumon mais l'étude des anamnèses montre que, malheureusement, la plupart des sujets présentaient déjà des phénomènes morbides six mois et plus avant le dépistage.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées lors des examens de masse, surtout pour l'exploration de l'appareil génital féminin. Pour l'examen cytologique, il faut avant tout recueillir le matériel à examiner. Ce matériel est prélevé par des médecins, par le personnel sanitaire auxiliaire et, quelquefois, par les intéressées elles-mêmes. Il devrait être envoyé le plus rapidement possible aux centres de cytologie, et à cet égard également, on se préoccupe de savoir à qui la responsabilité des examens doit être confiée : à des médecins, à des techniciens instruits en anatomo-pathologie ou à un personnel de laboratoire spécialement formé. Notre expérience indique qu'il faut surtout disposer de cytologistes ayant des connaissances en anatomo-pathologie. Au premier stade d'une enquête, le personnel auxiliaire de santé pourrait extraire du grand nombre d'échantillons prélevés ceux qui présenteraient des anomalies. On met actuellement au point une méthodologie qui devrait permettre de faire des progrès en ce sens.

L'élaboration de méthodes cytologiques de diagnostic a grandement amélioré l'efficacité des examens prophylactiques de masse. Ainsi, en République populaire de Hongrie, 10 centres ont été ouverts en 1960 et quatre de plus en 1965. Ils s'occupent tout particulièrement de mettre au point des méthodes de cyto-diagnostic pour la mise en évidence des affections du poumon et de l'estomac.

¹ Burilkov, T. & Babadžaev, L. (1966) [Examens radiographiques de masse - oui ou non ?] (Résumé des communications dont lecture a été donnée au Onzième Congrès international de Médecine prophylactique et d'Hygiène sociale, Sofia, p. 78).

Dobrossy¹ signale que le matériel vient pour 75 % des établissements d'oncologie, et pour 25 % d'autres sources. Rien que pour l'année 1964, les centres ont examiné des échantillons provenant de 32 000 personnes et, avec l'aide de l'analyse cytologique, ils ont décelé 322 cas de tumeur maligne. Etant donné que le nombre des examens prophylactiques pratiqués chaque année en Hongrie est de l'ordre de un million, cette méthode a considérablement accru les possibilités de dépistage précoce de certaines tumeurs malignes.

Les examens colposcopiques ont été également préconisés par plusieurs spécialistes comme méthode de dépistage de masse. Du point de vue pratique, peu d'études ont confirmé la valeur de cette technique pour une application massive; néanmoins, elle présente une grande importance pour l'établissement du diagnostic. Pour le dépistage des lésions du sein, on a recommandé l'auto-examen et quelques études ont déjà été effectuées en vue d'en évaluer l'importance; cette pratique, cependant, ne saurait suffire à elle seule, et chaque médecin qu'une malade vient consulter - pour une affection déjà diagnostiquée ou des symptômes quelconques - devrait obligatoirement examiner les seins. Il faudrait également pratiquer cet examen en même temps que tous les examens gynécologiques, ainsi que dans les programmes de dépistage de masse par radiographie ou radiophotographie (c'est alors le radiologue qui s'en chargerait).

En ce qui concerne les voies urinaires, l'examen cytologique de l'urine pourrait jouer un rôle de premier plan pour le dépistage de masse dans les régions où l'incidence de la schistosomiase est élevée, par exemple dans la RAU où les maladies de la vessie, surtout le cancer, sont communes, et où on ne serait donc pas fondé à dire que l'examen cytologique des urines présente peu d'importance pratique.

Dans le cas de la prostate, l'analyse cytologique du matériel obtenu par aspiration transrectale pourrait être utile pour des examens parmi des groupes de personnes âgées, en particulier chez les sujets de plus de 60 ans. Au cours des dernières années, l'incidence du cancer de la prostate s'est élevée, et il faudrait s'efforcer d'organiser des examens de masse pour dépister à un stade précoce cette localisation cancéreuse.

L'analyse cytologique est employée également, encore qu'à une échelle limitée jusqu'ici, pour le dépistage des affections de l'appareil respiratoire. Les examens radiographiques et radiophotographiques sont les principales techniques en usage, et les quelques résultats indiqués ci-après en soulignent toute la valeur.

Ces dernières années, Abelev & Tatarinov (URSS) ont mis au point une nouvelle épreuve qui pourrait se révéler utile pour le dépistage de masse. Il est en effet possible, en utilisant les gamma-globulines, de poser un diagnostic exact du cancer du foie à ses stades primaires. Cette réponse immunitaire est maintenant bien élucidée dans plusieurs régions de l'Afrique où la maladie est répandue. On pourrait pratiquer cette épreuve pour le dépistage de masse dans les zones où le risque de cancer du foie est très élevé, et elle serait en même temps d'une grande utilité pour des études épidémiologiques spéciales.

Le dépistage des tumeurs malignes et affections pré-tumorales de la peau s'est également avéré particulièrement efficace, surtout dans les républiques du sud de l'URSS. L'examen obligatoire de la peau, sur tout le corps du sujet examiné, sous une bonne lumière et avec l'aide d'un verre grossissant, contribue à l'efficacité du diagnostic des lésions pré-tumorales et des tumeurs malignes de la peau. L'examen pour le dépistage des tumeurs malignes de la lèvre inférieure doit être pratiqué dans les mêmes conditions et il a permis de réduire des deux tiers environ la proportion des tumeurs malignes de la lèvre inférieure non diagnostiquées.

¹ Dobrossy, L. (1966) A-cytodiagnosztika hazai helysetérőre, Magy. Onkol., 10, 1, 43-47 (Hung.).

Les tumeurs malignes et les affections pré-tumorales du sein sont maintenant décelées à des stades beaucoup plus précoces que ce n'était le cas avant l'introduction du dépistage de masse. Dans tous les examens effectués par des gynécologues, des médecins et des chirurgiens, une attention spéciale devrait être consacrée aux glandes mammaires.

Il y a des rapports étroits entre un programme de dépistage de masse et un programme de prévention du cancer, et il est difficile de différencier complètement l'un de l'autre. Par exemple, lorsque le dépistage de masse a fait déceler chez un groupe de sujets un état précancéreux, le traitement de ces malades relève de la prévention. Quand toutes les mesures voulues ont été prises pour qu'un diagnostic exact puisse être établi, et que chez un certain nombre de sujets on découvre un cancer à un stade précoce, il est impossible de ne pas se préoccuper en même temps du groupe des personnes chez lesquelles on observe un état précancéreux pouvant ou non comporter l'obligation d'un traitement. L'institution de contrôles réguliers ("dispensarisation"), auxquels sont soumis un grand nombre de ces sujets, font découvrir chaque année des cancers in situ et des cancers invasifs à un stade précoce. Par conséquent, la détection d'états précancéreux dans le cadre d'une campagne d'examen de masse constitue pratiquement une mesure de dépistage précoce du cancer. On trouvera ci-après un tableau indiquant le nombre des malades ayant présenté un état précancéreux et chez qui un cancer est apparu en dépit de mesures curatives. Une analyse détaillée de ce groupe de sujets montre que, pour environ 30 % des cas, il est probable que l'apparition du cancer n'a pas été correctement discernée lors de l'enregistrement initial de ces personnes.

Lorsqu'on entreprend un programme de dépistage de masse, il faut prendre grand soin de préparer le personnel de tous les services de santé à consacrer l'attention nécessaire aux individus chez qui la présence d'un cancer est soupçonnée ou qui présentent un état précancéreux, et à leur assurer les examens qu'ils requièrent. Par exemple, le nombre des femmes chez qui le col de l'utérus présentait un état précancéreux et pour lesquelles un examen cytologique avait montré la nécessité d'une colposcopie - et pour beaucoup d'entre elles d'une électrocoagulation - est très élevé. A Léninegrad, il a été établi que pour 16,5 % des femmes, chez lesquelles on avait soupçonné la présence d'un cancer du col, ce diagnostic a été confirmé. On trouvera ci-après un tableau indiquant les constatations faites en liaison avec plusieurs programmes de dépistage de masse au cours de la première, de la deuxième et de la troisième campagnes, ainsi que le nombre des personnes traitées par la suite.

4. Analyse des résultats

Le coût du dépistage de masse, comparé avec celui des autres mesures, peut représenter une large part du budget disponible pour la lutte anticancéreuse. Ce qui justifie les dépenses qui lui sont consacrées, c'est avant tout le nombre des cas décelés et justiciables d'un traitement, c'est-à-dire des malades chez lesquels l'atteinte cancéreuse en est au stade précoce. Il faut cependant préciser que les mesures de dépistage massif ne devraient pas seulement s'étendre aux sujets atteints de cancer - qui ne seront peut-être pas nombreux - mais aussi à ceux chez qui l'on observe un état précancéreux ou qui souffrent de certaines affections chroniques et pour lesquels un traitement peut constituer la base de la prévention. C'est là une considération qui devrait influencer sur l'attitude des autorités de la santé publique vis-à-vis des investissements à consentir.

L'analyse des résultats des programmes de dépistage de masse démontre toute l'efficacité et l'importance de ces programmes.

Dans les premières années qui ont suivi la période 1949-1952, au cours de laquelle les programmes de dépistage de masse ont été rendus obligatoires en URSS dans le cadre de la lutte anticancéreuse, environ 18 % des malades enregistrés comme cas nouveaux dans certaines régions avaient été découverts au cours des opérations de dépistage. A Léninegrad, cette proportion était de 7 %. Au bout de quelques années, ce chiffre a diminué, du fait surtout que les mêmes groupes d'individus étaient examinés tous les ans. Cette constatation a amené de

nombreux administrateurs de la santé publique à penser qu'il n'était pas important d'appliquer cette mesure chaque année à une grande échelle et à présenter leurs réticences aux oncologistes. A notre avis, le point de vue de ces derniers reste parfaitement logique : car si, en l'occurrence, la diminution du nombre des cancers indique bien que le niveau de santé s'est amélioré, le plus important n'est pas de dépister le cancer mais de découvrir les maladies chroniques, en particulier les états précancéreux, et de les traiter activement. Pour notre part, nous estimons que dans un programme de dépistage de masse c'est surtout sur les sujets chez qui on observe ces affections que devrait se porter l'attention.

Par ailleurs, il faut aussi considérer la population à englober dans le programme. Si nous examinons chaque année entre 20 et 30 % de toutes les personnes qui auraient besoin de l'être, il apparaît que l'on doit s'efforcer d'augmenter ce pourcentage et d'inclure dans le programme de nouveaux groupes, principalement les personnes âgées, les travailleurs, les employés dans de petites affaires commerciales ou de petites exploitations agricoles, les ménagères et de nombreux sujets qui sont parfois hors de la portée des opérations de dépistage massif. Seule l'action des médecins locaux, conjuguant leurs efforts avec ceux des polycliniques et des consultations réservées aux femmes, pourra permettre de combler ces lacunes.

A propos de l'efficacité des examens de masse, nous voudrions faire état d'une analyse faite par nous sur les résultats des examens de la période 1946-1963.

Pendant les années comprises entre 1946 et 1952, plus de 64 000 000 d'examens ont été pratiqués. Ils ont permis de déceler 96 944 cas de tumeur maligne (0,15 %) et 581 667 cas d'affection pré-tumorale (0,9 %).

En 1959, 31 810 618 examens ont été effectués. Ils ont permis de dépister 37 945 cas (0,12 %) de tumeur maligne et 270 976 cas d'affection pré-tumorale (0,85 %).

Le Ministre de la Santé de l'URSS, B. V. Petrovskij¹ a souligné l'efficacité des examens prophylactiques comme moyen de diagnostiquer et de prévenir les tumeurs malignes et il a cité les résultats obtenus au cours des examens pratiqués en 1963.

Ces examens ont porté sur 45 442 000 personnes. Pour chaque groupe de 100 000 individus examinés, on a trouvé 440 cas de tumeur maligne dans les régions rurales et 60 dans les régions urbaines.

B. V. Petrovskij a considéré qu'il était indispensable d'étendre les examens prophylactiques, en consacrant une attention particulière aux personnes souffrant de longue date d'affections chroniques de l'appareil gastro-intestinal et des glandes mammaires, et qu'il était d'autre part essentiel d'améliorer la qualité des examens.

L. F. Nikitina² a rédigé un rapport sur les résultats des examens médicaux prophylactiques effectués en 1964 dans la RSFSR.

Au total, les examens ont porté sur 20,6 % de la population de la République, soit plus de 25 millions de personnes. Sur ce nombre, 0,07 % présentaient des tumeurs malignes, et 0,85 % étaient atteintes d'une affection pré-tumorale. Les pourcentages correspondants étaient respectivement, pour la population urbaine, de 0,5 % et 0,88 % et, pour la population rurale, de 0,11 % et 0,76 %. Grâce à l'efficacité des examens prophylactiques pratiqués dans de nombreux oblasts de la République, il a été possible d'obtenir pendant la période 1946-1964

¹ Petrovskij, B. V. (1967) Problèmes topiques de l'oncologie soviétique. Comptes rendus de la Troisième Conférence pansoviétique d'oncologistes, Moscou, 5-14.

² Nikitina, L. F. (1967) L'organisation des activités de lutte anticancéreuse dans la RSFSR. Comptes rendus de la Troisième Conférence pansoviétique d'oncologistes, 393-399.

certaines résultats positifs dans le diagnostic précoce et la prophylaxie du cancer. C'est ainsi que, sur le total des cas enregistrés, la proportion de ceux auxquels un traitement radical a pu être appliqué a atteint 60 % et que la majorité des malades envoyés dans les services spécialisés à la suite de l'examen de dépistage présentaient des tumeurs justiciables d'un traitement radical.

I. T. Ševčenko,¹ qui a analysé du matériel provenant de la RRS d'Ukraine, a indiqué qu'il avait découvert en moyenne de 0,9 à 0,13 % de tumeurs malignes. La pratique régulière des examens prophylactiques a porté à 66 % la proportion des sujets chez qui l'affection avait été diagnostiquée à un stade précoce, pour plusieurs localisations, et réduit le pourcentage de ceux qui s'adressaient aux services médicaux qu'à un stade tardif.

S. L. Minc & E. M. Novikova,² traitant du développement des services d'oncologie à Moscou, ont signalé que des centaines de milliers de personnes étaient vues chaque année en liaison avec les examens médicaux réguliers. En 1966, ces examens ont porté sur 2 500 000 individus, dont un grand nombre ont fait l'objet d'une radiophotographie dans les centres de lutte antituberculeuse. Sur le nombre total des cas de cancer du poumon enregistrés, 29,5 % ont été décelés lors d'examens de masse par radiophotographie.

Dans un recueil de documents sur les services sanitaires et la santé de la population en RSFSR, publié à l'occasion du Cinquantième Anniversaire de la Grande Révolution socialiste (Moscou, 1967), il est signalé que, rien que dans la RSFSR, 67 000 médecins, 20 000 chirurgiens et 10 000 radiologues ont participé à des examens prophylactiques de masse. Leurs efforts conjugués ont permis de dépister 213 000 cas de tumeur maligne, dont 20 % ont été détectés au cours d'examens médicaux prophylactiques.

La plupart des oncologistes soviétiques sont arrivés à la conclusion générale que des examens médicaux prophylactiques pratiqués dans de larges sections de la population représentent une mesure utile. N. N. Aleksandrov & Z. N. Gutman³ ont exprimé l'opinion que ces examens sont nécessaires, mais qu'il convient de pousser plus avant l'étude et la mise au point des méthodes employées. A leur avis, il est seulement nécessaire d'examiner les individus qui se plaignent de symptômes et pour qui des investigations détaillées s'imposent, en particulier des radiographies et des analyses de laboratoire. Il est vrai aussi que lorsqu'un grand nombre de personnes sont examinées, chacune d'elles ne peut l'être complètement et attentivement, de sorte qu'il arrive que des symptômes soient sous-estimés chez certains malades.

Ces auteurs proposent donc que l'on crée des centres spéciaux pour le diagnostic des tumeurs malignes et autres maladies, par l'intermédiaire desquels on pourra pratiquer des examens multiples sur de vastes groupes de population et où l'on pourra utiliser à cette fin, outre la radiophotographie, un certain nombre d'autres techniques.

¹ Ševčenko, I. T. (1962) Les principes fondamentaux de l'action prophylactique contre les tumeurs malignes, Kiev, 10, 86.

² Minc, S. L. & Novikova, E. M. (1967) Services d'oncologie relevant du Département de la Santé du Conseil de la ville de Moscou, lors du Cinquantième Anniversaire du pouvoir soviétique. (Un recueil de documents émanant de la Troisième Conférence d'oncologie de la ville de Moscou, 9-10 octobre 1967.)

³ Aleksandrov, N. N. & Gutman, Z. N. (1967) Quelques questions non résolues sur l'organisation des services d'oncologie. (Comptes rendus de la Troisième Conférence pansoviétique des oncologistes, Moscou, 409-415.)

Il nous paraît que les examens prophylactiques de masse ne doivent en aucun cas être abandonnés. Toutefois, il est nécessaire de déterminer de manière précise ce que l'on attend d'eux et comment il convient de les évaluer, et ne pas oublier qu'ils constituent seulement le premier stade du dépistage, dans le grand nombre des personnes qu'ils intéressent, des sujets qui requièrent un second examen plus approfondi.

Le dépistage de masse a pris une place importante dans plusieurs études épidémiologiques spéciales. Depuis 1953, nous avons maintes fois l'occasion d'y recourir comme technique épidémiologique, dans les expéditions que nous avons entreprises pour étudier les différences dans la distribution géographique des cancers en URSS. Il nous a aidés à établir des faits qui ont prouvé l'incidence élevée du cancer de l'oesophage dans certaines zones de la République du Kazakhstan, et, dans le cadre de l'étude épidémiologique en question, nous lui avons associé la radiophotographie. Dans la République de Turkménie, nous avons pu, en examinant plusieurs milliers de femmes de différents groupes ethniques, mettre en évidence la rareté du cancer du sein dans cette région.

Le dépistage de masse a également été utilisé pour une étude épidémiologique du cancer de la peau dans les régions de la Mer Noire, de la Mer Caspienne, de la Mer Blanche et de la Mer de Barents. Il a permis de constater que le nombre des cancers de la face était trois fois et demie plus élevé autour de la Mer Noire et de la Mer Caspienne que dans les régions nordiques. Il serait possible de multiplier les exemples, mais ceux qui viennent d'être cités auront suffi à mettre en lumière l'apport des examens de masse aux études épidémiologiques. La plupart des épreuves utilisées se sont d'ailleurs révélées d'une grande valeur épidémiologique.

5. Aspects négatifs des examens de masse

Divers arguments se sont élevés à l'encontre du dépistage massif.

D'aucuns tiennent que les techniques et les épreuves spéciales actuellement utilisées ne suffisent pas à détecter tous les types de tumeurs, et ils estiment qu'il faudrait mettre au point de nouvelles épreuves, principalement immunologiques et spécifiques de chaque localisation : alors seulement pourrait-on organiser un dépistage complet.

Cette critique est assez imprécise. En fait, nous disposons de plusieurs épreuves et techniques cytologiques spéciales qui peuvent parfaitement être utilisées pour le dépistage de masse. Il est par ailleurs évident qu'une campagne de dépistage de masse ne peut pas révéler toutes les formes de cancer : on connaît des formes occultes qui ne se laissent même pas facilement déceler lors des examens spéciaux pratiqués à l'hôpital.

Une autre critique concerne le temps qu'un médecin et le personnel auxiliaire sanitaire doivent consacrer à une campagne de dépistage de masse. Ce temps, demande-t-on, est-il vraiment nécessaire et ne pourrait-on l'employer plus utilement à d'autres activités ?

Cet argument nous ramène à la question du dépistage de masse à deux stades. Le personnel auxiliaire pourrait, dans un premier stade, opérer un tri complet entre les individus sains et ceux qui présentent tels ou tels symptômes. Il pourrait aussi prélever des frottis cytologiques, enregistrer les cas et ne renvoyer au médecin que les sujets du second groupe qui présenteraient, soit des signes ou des symptômes d'état précancéreux.

On objecte à cela que le personnel auxiliaire ne possède pas des connaissances médicales approfondies et risque de ne pas prêter attention à des symptômes si ceux-ci ne sont pas suffisamment nets. Des instructions spéciales seront à cet égard d'une grande importance, mais si l'on a affaire à une collectivité nombreuse où les médecins sont déjà chargés, il est bien certain que ce programme en deux stades est la seule solution possible. Nous avons pu vérifier ce fait nous-mêmes dans la République d'Ukraine, où un système de ce type a permis d'examiner environ 40 % de la population et de faire des constatations importantes, en particulier en ce qui concerne les stades précoces du cancer du col de l'utérus.

Parmi les lacunes du dépistage de masse, il faut mentionner le fait que les examens sont souvent incomplets. Par exemple, E. T. Udincev¹ a signalé qu'en analysant 250 000 fiches d'examen, on avait constaté que l'exploration radiographique n'avait eu lieu que dans 14,4 % des cas et les analyses de laboratoire dans 5,1 % des cas. Cependant, il convient de souligner derechef que les examens prophylactiques de masse ne constituent qu'un premier stade. Il importe de garder en observation toutes les personnes chez lesquelles on soupçonne la présence d'affections particulières et de disposer d'une documentation complète à leur égard.

A. R. Gvamičava, V. A. Mchvetadze & R. P. Čikovani² signalent que pour la plupart des programmes de dépistage de masse, il n'existe encore aucun système de coordination bien conçu qui permette de déterminer, parmi les sujets déjà examinés, ceux qui doivent être soumis à des contrôles réguliers, et que l'on manque également d'une documentation complète sur laquelle on puisse se baser pour organiser des visites à domicile ou convoquer les intéressés pour des examens complémentaires. Cette observation peut s'appliquer à nombre de régions, non seulement en URSS mais aussi dans d'autres pays : une organisation plus rigoureuse du dépistage de masse contribuerait dans une grande mesure à améliorer son efficacité.

¹ Udincev, E. I. (1966) Mesures destinées à poursuivre l'amélioration de la qualité et des normes des services médicaux pour le peuple de la République Socialiste Fédérative Soviétique de Russie, à la lumière des décisions prises par le Vingt-troisième Congrès de la CPSU, Zdravoochranenie Rossijskoj Federacii, 11, 3-8.

² Gvamičava, A. R., Mchvetadze, V. A. & Čikovani, R. P. (1966) Aspects des services oncologiques destinés au peuple de la République de Géorgie. Résumés des communications dont lecture a été donnée à la session conjointe de l'Institut d'oncologie clinique de l'Académie des Sciences médicales de l'URSS et de l'Institut d'oncologie du Ministère de la Santé de l'URSS, Tbilisi, 17-19.