

Katrin Haldemann

Programme de dépistage du cancer colorectal

Demande de prise en charge des coûts du dépistage du cancer colorectal par l'assurance obligatoire des soins

La détection précoce du carcinome colorectal (CC) se pratique en Suisse de manière opportuniste et non au travers d'un programme systématique. L'assurance obligatoire des soins (AOS) limite les mesures de dépistage du carcinome colorectal à certains groupes à risque étroitement définis. Depuis de nombreuses années, la Ligue suisse contre le cancer (LSC) s'emploie à faire baisser l'incidence et la mortalité du CC. Après une pesée des intérêts et des inconvénients, la LSC décide en 2008 de soutenir l'introduction d'un programme de dépistage systématique. Fin avril 2011, en collaboration avec un ensemble d'organes responsables¹, elle fait parvenir à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) une demande de prise en charge par l'AOS des prestations fournies dans le cadre d'un programme de dépistage du carcinome colorectal (PDCC).

Pratique actuelle: le dépistage opportuniste

Chaque année en Suisse, quelque 4000 personnes sont nouvellement atteintes d'un cancer de l'intestin – ou cancer du côlon ou carcinome colorectal – et 1600 en meurent. Selon l'Institut national d'épidémiologie et d'enregistrement du cancer (NICER), 34% des CC détectés entre 2003 et 2008 chez des patients âgés de 50 à 69 ans étaient au stade 4 impliquant un pronostic défavorable au moment du diagnostic.

Actuellement, l'assurance obligatoire des soins ne réserve le dépistage du cancer colorectal qu'à des groupes à risque rigoureusement définis. Le catalogue des prestations de l'AOS prévoit un remboursement de prestations de dépistage du CC uniquement si parmi les parents du premier degré, trois personnes sont atteintes d'un CC, ou alors une seule à un âge inférieur à 30 ans.

Quelle est l'étendue du dépistage opportuniste? L'enquête de 2007 sur la santé en Suisse indique que dans les 12 mois précédents, 13% des personnes questionnées âgées de 60 à 70 ans s'étaient prêtées à une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) et que dans 60% des cas il s'agissait d'un examen de détection précoce. Un examen endoscopique (coloscopie par ex.) a eu lieu dans 6% des cas, dont 35% pour dépistage précoce, toujours dans les 12 mois précédant l'enquête.

Personnes cibles et méthodes de dépistage précoce du PDCC

Le PDCC recense systématiquement la population âgée entre 50 et 69 ans et l'invite au dépistage (la population cible comprend 1 860 000 personnes). Cette tranche de population est choisie en fonction de certains critères tels que la probabilité d'être atteint de la maladie et l'espérance de vie.

Pour le dépistage précoce du CC, il propose les variantes suivantes:

- un dépistage par RSOS au gâiac tous les deux ans;
- une coloscopie de dépistage tous les dix ans;
- un programme de dépistage laissant le choix entre la RSOS et la coloscopie.

Le PDCC se réserve la possibilité d'inclure ultérieurement d'autres méthodes de dépistage (par exemple la sigmoïdoscopie flexible ou des tests de RSOS de nature immunologique) et de les évaluer au sein du programme.

Le niveau de preuves factuelles de l'efficacité du dépistage varie selon les méthodes:

- RSOS au gâiac: quatre essais randomisés portant sur le dépistage précoce systématique par RSOS au gâiac ont montré que la mortalité par CC avait diminué de manière significative de quelque 15% sur une période de suivi allant de 8 à 18 ans [1].
- sigmoïdoscopie: une étude randomisée britannique a montré qu'une sigmoïdoscopie unique effectuée entre 55 et 64 ans pouvait suffire à abaisser la mortalité de 31% pendant une période de onze ans et qu'en outre l'incidence du CC diminuait alors significativement de 23% [2]. Selon les experts, la Suisse ne dispose pas des instruments nécessaires à ce procédé, mais la méthode est néanmoins autorisée.
- coloscopie: jusqu'ici, l'efficacité du dépistage systématique par coloscopie n'a pas encore été démontrée par des études randomisées. Toutefois, la coloscopie permet d'examiner des parties proximales du côlon encore plus éloignées que la sigmoïdoscopie. En ce qui concerne la diminution de la mortalité et de l'incidence du CC, les experts estiment que le dépistage par coloscopie sera de toute évidence au moins aussi efficace que la sigmoïdoscopie, et que la coloscopie permet de s'attendre à une amélioration de l'efficacité.

Avantages, inconvénients et aspects éthiques du programme de dépistage

Tout examen entraîne des résultats faussement positifs ou faussement négatifs. La durée de l'attente jusqu'au résultat peut également se considérer comme un inconvénient pour le patient. Au cas où une RSOS révèle du sang dans les selles, il faut compter avec des conséquences indirectes telles que la nécessité de procéder à un examen complémentaire par coloscopie.

Il faut mettre en balance ces inconvénients avec les avantages que procure la précocité du traitement de la maladie: années de vie supplémentaires, amélioration de la qualité de vie grâce à un traitement moins dommageable et réduction des effets secondaires du traitement. Par ailleurs, et cette circonstance passe généralement inaperçue, la plupart des patients examinés apprendront qu'ils ne sont très probablement pas atteints d'un CC. L'utilité de la coloscopie est reconnue comme étant supérieure au risque de complications de l'examen, car elle permet de reconnaître avec fiabilité et de traiter les polypes et les cancers colorectaux à des stades précoces. Le tableau 1 présente une vue synoptique des répercussions et des chiffres concernant le dépistage systématique. Les variations sont dues à la méthode: l'examen de 1000 personnes a permis de détecter 1,7 (RSOS) à 10 (coloscopie) carcinomes colorectaux, 10 faux positifs (RSOS) et entre 3 et 6 complications relativement sévères (coloscopie).

A tout moment, le PDCC laisse aux personnes appelées à être examinées le choix de décider si elles désirent participer au programme. Ce qui importe, c'est que la population cible reçoive une

¹ La demande a été formulée par quelques auteurs indépendants collaborant avec la Ligue suisse contre le cancer, ainsi que par un comité d'encadrement et d'autres parties prenantes (groupe PDCC). La demande a été remise à l'OFSP par les organes suivants: Collège de Médecine de Premier Recours; Ligue gastro-intestinale suisse, pharmaSuisse; Société Suisse de Gastroentérologie et Société Suisse de Chirurgie Viscérale; Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (swiss cancer screening).

Tableau 1

Résultats attendus du dépistage, rapportés à une population de 100000 personnes examinées.

Variante de dépistage	RSOS au gaïac 2		Coloscopie		source / référence
	pour cent	unités	pour cent	unités	
RSOS, nombre total de tests, dont:		100000			
incertains, répétition du test	3%	3000			[5–8]
négatifs	98%	98000			[4]
positifs	2%	2000			[4, 5–8]
vrais positifs	1%	1000			[5–8]
faux positifs	1%	1000			[5–8]
Coloscopie, nombre total d'examens à effectuer, dont:				100000	
incomplets, répétition			10%	10000	[5–8]
complications majeures			0,3%	300	[5–8]
négatifs			91%	91000	[5–8]
polypes			8%	8000	[5–8]
CCR			1%	1000	[5–8]
Examen plus approfondi					
coloscopie, nombre total d'examens à effectuer, dont:		2000			équivalent au nombre de cas RSOS positifs
effectués	80%	1600			[4]
incomplets, à répéter	10%	160			[4]
complications majeures	0,6%	10			[4]
résultats négatifs	53%	848			[4]
polypes	36%	576			[4]
CC	11%	176			[4]

information détaillée et adéquate sur le PDCC. Même si le PDCC sera implanté au niveau national, sa mise en œuvre se déclinera au niveau régional ou cantonal. Il en résultera des inégalités territoriales – probablement temporaires – sur le plan des prestations.

Comparaison du PDCC avec le système opportuniste actuel

En raison du taux de participation plus faible que nous connaissons dans le système opportuniste actuel, les résultats faussement positifs ou faussement négatifs sont plus rares en chiffres absolus. Il faut cependant garder à l'esprit le fait que les mesures de détection précoce sont de qualité inférieure – principalement dans le domaine des RSOS au gaïac – car l'assurance de qualité n'est pas assurée de façon systématique. De plus la distinction entre l'examen pour détection précoce et l'examen diagnostique est encore trop imprécise.

La décentralisation de la structure organisationnelle du dépistage opportuniste entraîne des inégalités d'accès aux mesures de dépistage. Les raisons de ces inégalités de prestations peuvent résider dans les différences de niveau de formation, de revenu, de nationalité ou de statut familial. Il reste cependant encore à prouver que les divers groupes ainsi caractérisés bénéficieront d'un meilleur accès au dépistage dans le cadre du PDCC.

Estimation de coût du PDCC

Le calcul du coût s'appuie sur la bibliographie scientifique, sur des discussions menées avec des experts et sur les résultats d'une étude de dépistage réalisée en Suisse. Il se base en outre sur un taux de participation de 50% dans le dépistage par RSOS et de 25% dans celui par coloscopie. Un dépistage par RSOS en rythme biennal re-

vient à tester chaque année 465000 personnes. Il est à prévoir que le résultat sera positif pour 9300 (2%) d'entre elles, et que 7400 demanderont de procéder à une coloscopie diagnostique. La variante du dépistage par coloscopie en rythme décennal, quant à elle, correspond à 46500 examens coloscopiques de dépistage par an.

Dès que la réduction de la mortalité et de l'incidence du CC devient effective, le coût net du PDCC (coût total après déduction des économies effectuées sur le traitement du CC) s'élève à 45,4 millions de francs par an pour la variante de dépistage par RSOS, et à 6,4 millions de francs pour la variante par coloscopie. Les prestations médicales fournies dans le cadre du PDCC sont rémunérées par l'AOS. Les coûts du programme, quant à eux, seront financés par une organisation responsable qui reste encore à créer.

Structure organisationnelle du PDCC

La direction du PDCC peut par exemple être confiée à une fondation ou une association. L'organisation responsable détiendrait les compétences nécessaires pour prendre en charge des problématiques transversales comme l'assurance de la qualité ou la protection des données, et pour définir les standards minimaux des différents processus. Il appartiendrait aux organisations régionales de mettre en œuvre le programme.

Autres informations

- Pour tout renseignement sur la campagne d'information, veuillez consulter www.cancer-intestin.ch.
- Pour des informations sur le dépistage du cancer du côlon, veuillez consulter www.colon-cancer.ch.

Parmi les organismes susceptibles de participer à la direction et au cofinancement du PDCC figurent l'OFSP, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), la Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (FDCS), le NICER ou la fondation Promotion Santé Suisse. L'organisation responsable doit couvrir tous les coûts qui ne sont pas pris en charge par l'AOS.

Cantons et prestataires de services

Une première étude de faisabilité a été menée à terme dans le canton de Vaud. Elle a permis de passer à la phase d'évaluation d'un projet pilote sur le dépistage du cancer du côlon. Le démarrage du projet est prévu pour l'hiver 2012/2013 et il couvrira deux régions du canton comptant 22 500 personnes. Une autre étude a porté sur le dépistage systématique du cancer du côlon au sein des populations du canton d'Uri et de la Vallée de Joux. Ses résultats ont déjà été publiés et sont intégrés dans la demande de prestation. D'autres cantons ou régions devraient suivre le mouvement et mettre sur pied des projets pilotes du même type. Ces expériences préparent le terrain à des programmes de dépistage du cancer colorectal.

Quelques cantons sont déjà entrés en action dans le domaine du dépistage par mammographie. De façon générale, les cantons continueront à jouer un rôle moteur dans les programmes de dépistage. Un contrat devra fixer les modalités de l'intégration des prestataires de services (médecins de premier recours, gastroentérologues, pharmaciens) au sein du PDCC et de leur rémunération directe par ce programme.

Assurance de la qualité

L'assurance de la qualité s'appuie sur les «European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (first edition)», établis en 2011. Dans la mesure où les critères de qualité déjà appliqués par les sociétés de discipline présentent un bon niveau en comparaison internationale, il faut les analyser et les adapter si nécessaire. Le programme doit garantir la qualité des tests (RSOS), du dépistage par coloscopie et des processus impliqués. Idéalement, l'organisation responsable du programme devrait garantir l'application de ces standards dans tout le pays (centre de référence). Le PDCC est conçu comme un «système apprenant». Il doit également permettre l'évaluation de tests nouveaux et de méthodes d'examen prometteuses. Les résultats du PDCC seront régulièrement évalués et mis à jour.

Etat d'avancement du projet

L'OFSP a examiné la demande relative au PDCC et l'a transmise à la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), dont les membres en ont débattu pour la première fois en novembre 2011, sans parvenir à une position définitive. Etant donné la complexité de la requête, la CFPP a demandé des compléments d'information à la LSC et à l'organisation responsable du PDCC. Les étapes nécessaires pour répondre à ces questions vont être mises en place.

Références

- Hewitson P et al. Screening for colorectal cancer. Screening for Colorectal Cancer Using the Fecal Occult Blood Test (Hemoccult). *Am J Gastroenterol*. 2008;103:1541–49. Funen (DK, 45–75, biennial screening, nine rounds of screening offered); Gotenborg (SWE, 60–64, biennial screening, two rounds of screening offered); Minnesota (USA, 45–75, annual and biannual screening, eleven rounds annual screening offered, six rounds biennial screening offered); Nottingham (UK, 45–75, biennial screening, six rounds of screening offered).

- Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*. 2010;375:1624–33.
- Hewitson P et al. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* (1):CD001216, 2007.
- Raffle A, Gray JAM. Screening Durchführung und Nutzen. Ed. Internationales Screening Komitee für Österreich – Österr. Gesellschaft für Public Health. Bern: Huber-Verlag; 2009.
- Health Council of the Netherlands. A national colorectal cancer screening programme. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2009; publication no. 2009/13E.
- Hviding K, Juvet LK, Vines D, Fretheim A. Colorectal cancer screening – effect on mortality and incidence rate of colorectal cancer. Overview of documentation and international Recommendations. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, October 2008.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008;149(9):627–37.
- Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008;149(9):638–58.

Correspondance:

Krebsliga Schweiz, Präventionsprogramme
Katrin Haldemann, Effingerstrasse 40
Postfach 8219, 3001 Bern
Tel. 031 389 93 18
katrin.haldemann[at]krebssliga.ch

Commentaire

Il faut saluer le fait que la Ligue suisse contre le cancer ait d'emblée cherché à établir un consensus autour de sa requête en ouvrant un large débat et en conviant les médecins de famille (représentés ici par le Collège de Médecine de Premier Recours) à y participer. C'est ainsi que nous avons pu à diverses reprises attirer l'attention sur les zones posant problème du côté des médecins de famille: il faut peser les avantages et les nombreux inconvénients que peut entraîner le dépistage du cancer colorectal dans toute la population, ce qui est un exercice délicat; on s'attend à des taux de participation plus faibles que le programme ne le prévoit; on a fixé la limite d'âge supérieure à 69 ans, ce qui est relativement peu élevé (compte tenu de la fréquence du cancer du côlon chez les personnes âgées); il ne faut pas sous-estimer le besoin des patients inquiets de parler avec le médecin de famille alors que la rémunération de cette prestation n'est pas encore réglée. Le Collège de Médecine de Premier Recours a néanmoins abouti à une évaluation positive de la demande et il l'a cosignée – en fin de compte, estime-t-on au CMPR, le programme de dépistage du carcinome colorectal occupe une position quelque peu meilleure que les programmes de dépistage du cancer de la prostate et du cancer du sein. Reste à observer dans quelle mesure le PDCC tiendra effectivement compte des éléments que nous avons critiqués. Il faut toujours garder à l'esprit que toute activité de dépistage – opportuniste ou systématique – fait courir un risque à l'ensemble de la population examinée alors que le taux de succès lié à un critère d'évaluation éminemment objectif comme la prévention de décès dus au cancer colorectal est de l'ordre du pour mille [3]. N'oublions pas que de façon générale comme du point de vue éthique et philosophique, les effets bénéfiques doivent toujours l'emporter.

Stefan Neuner-Jehle, rédacteur de PrimaryCare