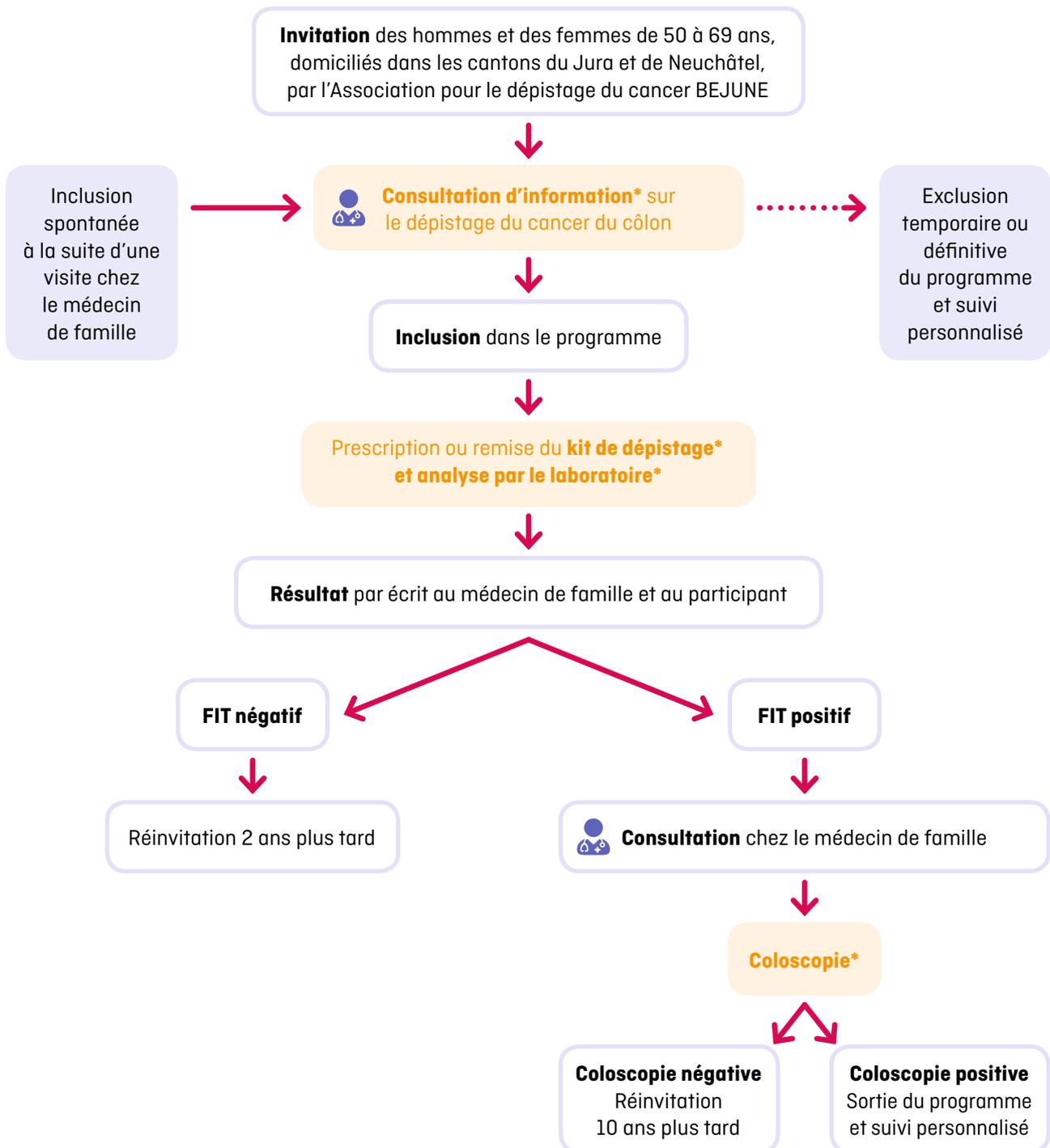




Le médecin de famille dans le programme de dépistage organisé

Fonctionnement du programme de dépistage par recherche de saignement occulte dans les selles



* **Prestations remboursées** à 90% par l'assurance-maladie de base (LAMal) hors franchise (10% restent à la charge du participant pour autant qu'il soit âgé de 50 à 69 ans).



Quelle est la fréquence du cancer du côlon dans les cantons du Jura et de Neuchâtel ?

Précision préalable: l'appellation « cancer du côlon » – souvent référé comme cancer colorectal – couvre de fait le côlon et le rectum.

Chez les hommes, le cancer du côlon représente le 3^e cancer le plus fréquent, après les cancers du poumon et de la prostate ; chez les femmes, il constitue le 2^e cancer le plus fréquent après celui du sein.

La grande majorité des cancers du côlon surviennent après l'âge de 50 ans.

Chaque année, on diagnostique environ 155 nouveaux cas de cancer du côlon dans les deux cantons, dont 58 dans la tranche d'âge 50-69 ans¹: 87 chez les hommes et 68 chez les femmes. Cela correspond à une incidence de 53 pour 100'000 hommes et 32 pour 100'000 femmes. Si l'incidence pour les cantons de Jura et de Neuchâtel correspond à la moyenne nationale chez les femmes, elle est légèrement supérieure à la moyenne suisse chez les hommes.



Pourquoi un dépistage ?

Le cancer du côlon évolue généralement sur une longue période de 10 à 15 ans sans symptôme. Pour cette raison, il est trop souvent découvert à un stade avancé, ce qui rend son traitement difficile et réduit les chances de guérison. Le dépistage a pour but de diagnostiquer le cancer du côlon à un stade débutant, avant l'apparition de symptômes.

Il est primordial de détecter le cancer du côlon le plus précocement possible, car il peut être guéri dans la grande majorité des cas avec des traitements moins lourds.

Quel est le bénéfice du dépistage du cancer du côlon ?

On estime que la pratique régulière d'un dépistage permet une réduction importante de la mortalité par cancer du côlon²:

- SANS dépistage : 2 personnes sur 100 en décèdent avant l'âge de 80 ans [2%];



- AVEC dépistage : 1 personne sur 100 en décède avant l'âge de 80 ans [1%]





Méthode de dépistage

La méthode de dépistage retenue par le programme de dépistage du cancer du côlon JUNE est celle du **test immuno-chimique de recherche de sang occulte dans les selles** (FIT OC-Sensor, *Fecal Immunochemical Test*), à répéter tous les 2 ans.

Pourquoi le test immuno-chimique OC-Sensor (FIT) et non plus le test au gaïac ?

Le test FIT est un test de nouvelle génération qui va permettre de doser l'hémoglobine humaine. Sa performance est significativement meilleure que le test au gaïac : meilleure sensibilité (moins de faux négatifs), nécessité d'un seul prélèvement de selles tous les 2 ans et sans préparation diététique particulière.

Kit de dépistage

Le kit de dépistage contient un mode d'emploi, un tube de prélèvement OC-Sensor (attention à la date de péremption), un papier collecteur de selles, un sachet plastique et une enveloppe préimprimée pour envoyer le test au laboratoire d'analyse. Il peut être remis soit par le médecin de famille, soit par le pharmacien, avec les explications sur la manière d'utiliser le test et faire le prélèvement à domicile. Un film-tutoriel décrivant cette phase est disponible sur le site www.depistage-bejune.ch/test-colon

Avantages et désavantages du dépistage par recherche de sang occulte dans les selles (FIT)

+ Avantages du dépistage par FIT	— Désavantages du dépistage par FIT
+ Examen facile à réaliser : un seul prélèvement et sans préparation préalable, ne présentant pas de risque de complication. Bonne acceptation par la population.	— Besoin de répétition : test à faire tous les 2 ans.
+ Examen performant pour détecter les cancers (sensibilité de 79 à 83% ³).	— Coloscopie nécessaire en cas de résultat positif.
+ Diminue le risque de décès attribuable au cancer du côlon. Diminution du risque relatif estimée : entre 20% et 50% (selon contexte, fréquence et adhésion au test).	— Etre rassuré à tort : faux négatif 17 à 24% des personnes peuvent avoir un cancer du côlon malgré un FIT négatif ³ ; De grands adénomes peuvent également donner un FIT négatif, faute de saignement suffisant. Une partie de ces faux négatifs pourront être détectés aux contrôles suivants, d'où l'importance de répéter l'examen tous les 2 ans ⁵ .
+ Evite d'avoir à se soumettre à un examen invasif : seules les personnes ayant un résultat positif au FIT (6 à 8%) ont besoin de se soumettre à une coloscopie ⁴ .	— Etre inquiet à tort : faux positif Env. 10% des personnes auront une coloscopie <i>sans cancer ou adénome avancé</i> malgré un FIT positif en raison d'un saignement d'autre origine ³⁻⁹ .
+ Limite le nombre de coloscopies pour détecter un cancer .	
+ Coûts faibles à charge du participant.	

Si le résultat du FIT est positif, une coloscopie est impérative ; elle sera alors prise en charge hors franchise par le programme de dépistage organisé (dans ce cas uniquement).

Quels sont les coûts pour les participants ?

Les prestations ci-dessous sont reconnues par le programme de dépistage et prises en charge par l'assurance-maladie de base (LAMal) à 90%, hors franchise.

→ Reste à charge des participants: la quote-part de 10%.

Prestations remboursées à 90% hors franchise	Quote-part de 10% à payer par le participant
Consultation d'information	Entre CHF 7.- et CHF 13.-
Test de recherche de sang occulte dans les selles (FIT OC-Sensor) : fourniture du test et analyse	CHF 4.60
Coloscopie en cas de résultat FIT positif	Entre CHF 57.- et CHF 140.-
Analyses de pathologie après coloscopie	10% du coût de l'analyse d'un polype ; le coût varie selon le nombre de polypes à analyser

Les prestations suivantes restent soumises à la franchise :

- Les produits de préparation à la coloscopie : entre CHF 25.- et CHF 50.-.
- La consultation chez le médecin de famille à la suite d'un FIT positif.



Critères d'inclusion et d'exclusion (temporaire ou définitive) du programme de dépistage

Critères d'inclusion

Les hommes et les femmes, âgés d'au moins 50 ans à 69 ans maximum, domiciliés dans les cantons du Jura et de Neuchâtel, à risque moyen de cancer du côlon (soit sans symptôme particulier), sont admis dans le programme de dépistage.

Critères d'exclusion temporaire

Certaines personnes, bien que répondant à des critères de risque moyen, sont exclues de manière temporaire dans les situations suivantes :

- **examen antérieur** : coloscopie ou test FIT réalisé récemment (moins de 10 ans pour la coloscopie, respectivement moins de 2 ans pour le test FIT). Attention, il est conseillé de se procurer le rapport endoscopique et, en cas de doute sur le résultat final de l'examen ou sur la date de sa réalisation, le délai d'exclusion doit être évalué au cas par cas par le médecin de famille ;
- **dépistage momentanément inopportun** pour d'autres raisons (par exemple : anticoagulation temporaire après stent coronarien), avec possibilité d'indiquer une date de réinvitation ;
- **refus** de participer ;
- **symptômes cliniques** : rectorragie macroscopique ou symptomatologie digestive évocatrice d'un problème organique*. Une coloscopie d'emblée est recommandée. Il ne s'agit alors plus de dépistage ; l'examen n'est donc pas pris en charge par le programme organisé ni exonéré de la franchise.

* Une symptomatologie digestive d'allure fonctionnelle (IBS) ne représente PAS d'emblée un critère d'exclusion (par exemple : ballonnements, douleurs intermittentes, irrégularité chronique du transit, lourdeurs, etc.).

Critères d'exclusion définitive

- antécédents personnels de cancer du côlon ou de polypes adénomateux ;
- antécédents familiaux (parenté de 1^{er} degré) de cancer du côlon ou de polypes* ;
- colite ulcéreuse ou maladie de Crohn ;
- polyposose adénomateuse familiale (PAF), syndrome de Lynch (HNPCC) ;
- toute autre maladie grave extra-intestinale.

* Pour les personnes ayant des antécédents familiaux (parenté du 1^{er} degré) de cancer du côlon ou polype(s), suivant leur situation personnelle (absence de suivi, refus de la coloscopie en 1^{ère} intention, situation économique ne permettant pas de payer l'examen avec franchise), un dépistage par FIT tous les 2 ans dans le cadre du programme organisé peut représenter un choix minimal possible, préférable à l'absence totale de dépistage colique.



Recommandation de dépistage pour les personnes à risque élevé ou très élevé

Pour les personnes à risque élevé ou très élevé, la coloscopie est recommandée d'emblée comme mesure de surveillance ; elle n'est toutefois pas prise en charge par le programme organisé et ne sera donc pas exonérée de la franchise. L'âge de début du dépistage ainsi que la fréquence dépend de la maladie sous-jacente (à discuter avec le médecin gastroentérologue).

Avantages et désavantages de la coloscopie

- Avantages : examen permettant d'emblée la résection de polypes, sensibilité élevée pour les cancers et les adénomes, dépistage unique sans répétition pendant 10 ans si absence de polype, réduction importante à la fois de la fréquence et de la mortalité du cancer du côlon.
- Désavantages : préparation colique nécessaire avant la réalisation du test, moins bonne acceptation par la population, complications sévères possibles dans de rares cas (voir ci-dessous), coût plus élevé.

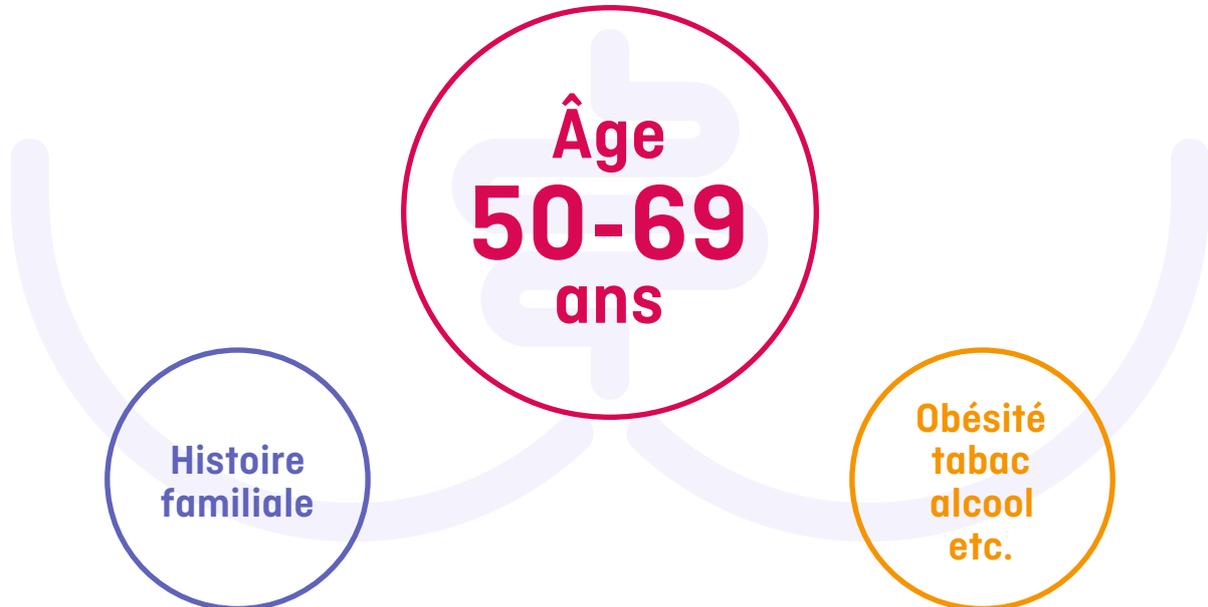
Quels sont les risques d'une coloscopie ?

Le taux de complication ou d'examen incomplet : 1,4% à 2,4% (~1/50 coloscopies)^{3, 5-10} :

- taux de perforation 0,06% à 0,2% (principalement après polypectomie)
- taux d'hémorragie 0,3% à 0,7%



Consultation d'information : vision globale du dépistage (screening cloud)



Décision partagée avec la personne : votre rôle est primordial pour l'accompagner dans cette démarche.

La consultation d'information est la porte d'entrée dans le programme de dépistage et confère au médecin un rôle central. Elle vise à vérifier les critères d'inclusion retenus par le programme de dépistage JUNE et à motiver la personne pour un dépistage du cancer du côlon en vue d'une décision partagée. Elle permet de situer la personne dans une vision **globale** de dépistage, en considérant les avantages et les inconvénients d'un dépistage par FIT à son niveau **individuel**, en particulier dans des situations qui augmentent le risque de polypes et de cancers (par exemple anamnèse familiale positive), et en tenant compte de ses préférences et de ses réticences.



Rôle central du médecin de famille dans le dépistage organisé



Sources et références

Bulliard J.-L. et al. *Rev Med Suisse* 2012 ; 8 : 1464-7.
Auer R, *Rev Med Suisse* 2015 ; 11 : 2209-15.

Notes de texte

1. Registre neuchâtelois et jurassien des tumeurs (RNJT), données 2011-2015.
2. Lauby-Secretan et al. *N Eng J Med*. 2018 ; 378 : 1734-40.

3. Lee et al. *Ann Int Med*. 2014 ; 160 : 171-181.
4. Quintero et al. *N Eng J Med*. 2012 ; 366 : 697-706.
5. Wilschut, JA. *Gastroenterology*. 2011 ; 141 : 1648-55.
6. Knudsen et al. *JAMA*. 2016 ; 315 : 2595-2609.
7. Brenner et al. *BMJ*. 2014 ; 348 : g2467.
8. Pox et al. *Gastroenterology*. 2012 ; 142 : 1460-67.
9. Gies et al. *Gastroenterology*. 2018 ; 154 : 93-104.
10. Rutter et al. *Endoscopy*. 2014 ; 46 : 90-7.

Avertissement : le masculin générique est utilisé pour garantir la clarté du texte, il s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes.

