C D R M G
centre de documentation
et de recherche
en médecine générale
*Société savante de l'UNAFORMEC*

**Bibliomed**
*les analyses du centre de documentation de l'UNAFORMEC*

# Dépistage du cancer colorectal. Conditions d'efficacité. Place du médecin généraliste.

Le dépistage de masse du cancer colorectal (KCR) a fait la preuve de son efficacité. Le Pr Faivre, responsable de l'étude française en Bourgogne, résume les données actuelles[1,2]. Quatre études contrôlées (Angleterre, Danemark, France, Suède) ont montré, sur des populations de 50 à 74 ans avec un recul de 8 à 10 ans, une réduction de 12 à 18% de la mortalité par KCR, le bénéfice commençant à apparaître après un suivi de 5 à 6 ans. Les KCR décelés par le dépistage étaient à un stade moins avancé que dans la population témoin. La généralisation de ce dépistage a été décidée, mais les mesures concrètes se font attendre. Il nous a paru intéressant de rappeler à ce propos les conditions du dépistage et de son efficacité, à la lumière des expériences étrangères et française.

Une fois prouvé le bénéfice du dépistage,l'efficacité de la stratégie proposée dépend du test utilisé, de son acceptabilité, des conditions d'organisation et d'évaluation.

**Le test Hemoccult® est le seul validé**. Il est bien accepté. Réalisé sans régime alimentaire, lu sans réhydratation, son taux de positivité dans une population de plus de 50 ans est en moyenne de 2%. La lecture, apparemment simple, doit être centralisée, pour limiter les faux positifs. Tout test positif implique une coloscopie totale, qui décèle dans 10% des cas un cancer et dans 30% un adénome. Les autres tests de recherche du sang dans les selles sont plus sensibles mais moins spécifiques, avec trop de faux positifs. Les tests immunologiques et les tests basés sur la recherche d'anomalies génétiques ne sont pas encore évalués.

**La participation doit être élevée.** La population concernée selon les données épidémiologiques est celle des personnes de 50 à 74 ans. Sont exclus les sujets à risque élevé de KCR ou avec symptômes digestifs, chez qui la coloscopie est indiquée d'emblée.

On admet qu'une participation de 50% de la population est nécessaire pour que la diminution de mortalité soit appréciable. Cela nécessite un dépistage organisé, avec une structure de gestion, permettant l'évaluation.

Pour un dépistage individuel, les performances du test sont insuffisantes, la lecture en dehors des centres entraînés multiplie les faux positifs. Ainsi certains individus sont surtestés, les examens complémentaires multipliés, avec leurs inconvénients et leurs risques (1‰ de complications liées à la coloscopie); par contre la sensibilité de l'Hémoccult® est insuffisante pour les sujets à risque.

**Trois méthodes ont été proposées en France:**

- L'information par courrier avec un bon permettant de se procurer gratuitement le test chez le pharmacien ou dans un centre de bilan de santé entraîne une participation de 20 % dans les expériences qui ont eu lieu. Associée à l'envoi postal du test, cette participation reste < à 30%.
- La remise du test directement par le médecin traitant ou du travail, entraîne une participation de 43%, passant à 55% si elle est associée à une relance aux non consultants avec envoi postal du test (Calvados et Bourgogne).

**L'implication des médecins est donc un facteur d'efficacité.** L'étude bourguignone suggère que les 2 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 et la mobilisation des médecins par petits groupes, 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.

Les Caisses d'Assurance Maladie s'opposent cependant à la rémunération des généralistes pour le dépistage du KCR. Il risque d'en résulter l'arrêt de l'expérience bourguignone, et la non mise en œuvre du dépistage dans les autres départements. Cette rémunération est pourtant justifiée : elle indemnise un travail supplémentaire (il ne s'agit pas d'une simple remise du test, mais d'une longue explication à des personnes venant en général consulter pour toute autre chose); elle rémunère la participation à une action de santé publique et à son évaluation (avec le remplissage de plusieurs fiches épidémiologiques); elle est innovante par son caractère forfaitaire, en proportion non des tests remis, mais des tests réalisés; elle est un facteur de réussite, (cela a été montré au Royaume Uni pour le dépistage du cancer du col utérin) [3]. La proposition d'un acte annuel de prévention remboursé spécifiquement serait une alternative illusoire, ignorant la diversité des situations de dépistage et n'intégrant pas vraiment la prévention dans l'activité quotidienne. Le maintien de la rémunération "bourguignone" semble logique pour les dépistages en cours de mise en œuvre, en attendant une solution plus globale. Souhaitons que les responsables arrivent à prendre conscience de ces données.

1- Faivre J, Dancourt V. Le dépistage du cancer colorectal. Certitudes et questions. Gastroenterol Clin Biol. 2002, 26, 886-93
2- Faivre J. Epidémiologie et prévention du cancer colorectal. Springer Verlag France éditeur. 2001, 109 p.
3- Quinn M et al Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics BMJ. 1999; 318: 904-8.

**Mots-clé:** colon, colorectal, cancer, dépistage

*Numéro 272 du 5 septembre 2002*

**Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)**
**Rendez-Vous aussi sur notre site: http://www.unaformec.org**