

But et évaluation du dépistage précoce

Rapport d'un groupe de travail ¹

G. Riotton ², F. van der Linde ³ et L. Raymond ⁴

1. Composition du groupe

A côté de techniciens du dépistage ou de son évaluation et de spécialistes de la médecine préventive, le groupe réunissait des médecins d'entreprise, des médecins et fonctionnaires de services de santé cantonaux, un médecin praticien, des infirmières (santé publique, soins généraux, PMI enseignement).

2. Prise de position préliminaire

Le groupe a préalablement manifesté sa désapprobation face à la terminologie classique qui qualifie le dépistage précoce de prévention secondaire. Le terme de prévention devrait, à son avis, être réservé à la prévention primaire, soit à l'ensemble des actions entreprises sur les facteurs de risque pour réduire le nombre de nouveaux cas. En outre, bien que concerné par le dépistage précoce, le groupe a tenu à rappeler qu'il convenait d'accorder la priorité à la prévention primaire, dans la recherche comme dans l'action.

3. Dépistage de masse et diagnostic individuel

L'examen de dépistage doit être distingué des moyens destinés à l'établissement d'un diagnostic. En premier lieu, parce qu'il s'adresse à des personnes apparemment en bonne santé et non à l'individu porteur de symptômes; la proportion des cas dépistés est donc souvent minime. En second lieu, parce qu'il s'agit d'un examen unique qui, en règle générale, n'a pas le même degré de validité (évalué en pourcentage de faux positifs et de faux négatifs) qu'un véritable diagnostic posé à partir d'une série d'exams. Il en découle que le dépistage précoce ne trouve sa justification que s'il est organisé à grande échelle (dépistage de masse), à moins qu'il ne soit limité à des groupes à très haut risque. Il s'inscrit ainsi tout naturellement parmi les actions entreprises au titre de la santé publique, dont il est aujourd'hui la règle de vérifier non seulement l'efficacité, mais également la rentabilité. Paradoxalement cependant, l'examen de dépistage est, dans la plupart des cas, effectué par le médecin praticien. Ce dernier devient en l'occurrence l'instrument d'une politique

Le dépistage précoce est-il justifié? Quelle est la forme d'organisation qui lui permet d'atteindre son optimum de rentabilité?

collective, mais sa collaboration effective dans ce cadre n'est pas forcément acquise.

4. Référentiel: dépistage par la cytologie du cancer du col utérin

Pour son approche systématique du problème dont il avait à débattre, le groupe s'est presque exclusivement référé au dépistage cytologique du cancer du col utérin. On doit cependant souligner qu'il s'agit là d'une action suffisamment typique pour que les réflexions la concernant aient une portée générale.

5. Les objectifs du dépistage

En termes d'efficacité, le but final que se fixe en général le dépistage précoce est de prolonger l'existence de celui chez qui une affection a été découverte au stade présymptomatique. A côté du *gain en années de vie*, il conviendrait de prendre également en considération la *qualité de la vie* (possibilité de travailler, de mener une vie «normale», d'effectuer les actes ordinaires de la vie, etc.) des personnes «sauvées» par un traitement précoce. Ce second objectif, tout aussi important peut-être que le premier, a été jusqu'à présent négligé.

Par ailleurs, le groupe reconnaît que le dépistage de masse doit faire l'objet d'études de rentabilité (coût/bénéfice) comme devraient l'être toutes les actions entreprises dans le domaine de la santé. Toutefois, de telles études ne doivent avoir pour l'instant qu'une valeur indicative dans la fixation des priorités, du fait notamment des difficultés à se mettre d'accord sur les critères de bénéfice.

6. Son évaluation

Le groupe a pris conscience des problèmes non résolus dans l'évaluation du dépistage, tant sur le plan méthodologique que faute de données statistiques fiables. Il est révélateur que même pour un examen aussi répandu que la cytologie du col utérin, il subsiste encore des doutes quant à son efficacité, sans parler des difficultés à fixer la périodicité optimale de la répétition de l'examen (celle-ci variant bien entendu avec l'âge).

De ce point de vue, l'absence de statistique de morbidité en Suisse se fait cruellement sentir. Le groupe est d'avis que cette lacune pourrait être partiellement pal-

¹ Rapport d'un groupe de travail lors des Journées d'automne de la Société suisse de médecine sociale et préventive consacrées au thème «Approche systématique dans le secteur de la santé», Lucerne 20/21 octobre 1977.

² Prof. Dr méd., Centre de cytologie et de dépistage du cancer, 34, boulevard de la Cluse, CH-1205 Genève.

³ Dr méd., Sanitätsdepartement des Kantons St.Gallen, Moosbruggstrasse 11, CH-9001 St.Gallen.

⁴ Statisticien, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, quai Ernest-Ansermet 20, CH-1205 Genève.

liée par l'organisation d'enquêtes visant à délimiter les groupes à haut risque pour les affections se prêtant à un dépistage précoce. Celui-ci pourrait ainsi être dirigé d'une façon différenciée vers les divers groupes sociaux, en fonction du risque.

Par ailleurs, le groupe estime qu'il serait judicieux d'organiser des études d'intervention dans des régions encore non touchées par le dépistage, le bénéfice étant établi par comparaison avec une région témoin. Le groupe reste cependant conscient du fait que la durée d'observation nécessaire (pour le cancer du col utérin, le bénéfice ne se manifeste qu'après une décennie ou davantage) pourrait ne pas être compatible avec l'évolution des connaissances dans le domaine.

Il convient également de souligner que de telles études exigent le contrôle de toutes les conditions de l'expérience. Or, lorsque l'examen de dépistage est effectué par les médecins praticiens, il est souvent difficile de cumuler les résultats obtenus par chacun d'eux. Une banque de données centrale peut se révéler indispensable, même si sa création se heurte à la répugnance des médecins à communiquer leurs résultats. Il est en outre indispensable que les médecins acceptent de «jouer le jeu» de l'expérience, en effectuant les exa-

mens conformément au plan d'ensemble retenu. C'est là peut-être une des conditions les plus difficiles à réaliser dans un régime de médecine libérale comme le nôtre. Dans ce domaine, l'éducation des médecins reste à faire, notamment afin de créer chez eux les motivations d'une collaboration.

7. Recrutement et éducation du public

Le groupe a ensuite débattu des problèmes posés par l'éducation du public pour le dépistage précoce, notamment lorsqu'il s'agit de cancer. Il a conclu à la nécessité de procéder à des études analysant les attitudes et opinions dans ce domaine, ainsi que les motivations et les résistances à l'égard de l'examen de contrôle. Seules des équipes interdisciplinaires regroupant, à côté du médecin, sociologue et psychologue seront à même de pénétrer les divers mécanismes en jeu, dans la décision prise par un individu de se soumettre à un examen parfois pénible. C'est sur ces bases que serait élaborée l'action éducative encourageant le recrutement spontané. Dans certains cas, le recrutement automatique, lors de soins pour une autre cause par exemple, peut constituer une solution d'appoint à la condition qu'il respecte la liberté de l'individu. Cette

Recommandations du groupe de travail D: Dépistage précoce

1. Etant donné les lacunes des statistiques de morbidité en Suisse, le groupe recommande l'organisation d'enquêtes en vue de délimiter les groupes à risque, pour les affections se prêtant à un dépistage précoce. Celui-ci pourra dès lors être dirigé de façon différenciée vers les divers groupes sociaux, en fonction du risque.
2. Vu les difficultés rencontrées dans l'évaluation du dépistage, le groupe recommande l'organisation d'études d'intervention dans des régions non encore touchées par le dépistage, le bénéfice étant établi par comparaison avec une région-témoin. Le groupe est cependant conscient du fait que la durée d'observation nécessaire pourrait ne pas être compatible avec l'évolution des connaissances dans le domaine.
3. Tout en reconnaissant que les études coût-bénéfice sont nécessaires à l'estimation de la rentabilité d'un dépistage de masse, le groupe est d'avis que ces études ne doivent avoir qu'une valeur indicative dans la fixation des priorités, du fait notamment des difficultés à se mettre d'accord sur les critères du bénéfice.
4. Le groupe souhaite que soient introduites dans la LAMA des dispositions permettant le remboursement différencié des examens de dépistage, selon les groupes de risque auxquels appartient la personne examinée.
5. Vu les dispositions actuelles de la LAMA permettant à des personnes n'ayant pas reçu de formation adéquate d'exécuter la plupart des examens utilisés pour le dépistage (biochimie, cytologie, etc.), le groupe demande que soit étudiée l'introduction de contrôles de qualité efficaces.
6. Le groupe est conscient des problèmes posés par l'éducation du public pour le dépistage précoce, notamment lorsqu'il s'agit de cancer. L'organisation d'études analysant les attitudes et opinions dans ce domaine, les motivations et les résistances à l'égard des examens de contrôle apparaît vivement souhaitable.
7. Comme mesure prioritaire, le groupe propose qu'une commission de spécialistes soit constituée pour dresser la liste des affections pour lesquelles le dépistage est rentable, et fixer la périodicité souhaitable des examens, en s'appuyant sur les résultats acquis à l'étranger. Ces directives devraient faire l'objet d'une évaluation permanente en vue de leur mise à jour périodique. Les examens de dépistage ne seront plus, dès lors, effectués de manière désordonnée, avec tous les abus que cela peut amener, mais pourront s'inscrire dans un plan d'ensemble. Les résultats de ces examens devront, évidemment, être mis à disposition d'un organisme chargé d'une évaluation continue.

formule est cependant rarement compatible avec la possibilité d'orienter le dépistage par priorité vers les groupes à haut risque.

8. Rôle de l'assurance-maladie

Le remboursement des examens de dépistage selon un plan différenciant les groupes sociaux selon le risque encouru ne semble pas incompatible avec la LAMA. Des différences de traitement selon l'âge sont d'ores et déjà admises. De nouvelles dispositions devraient cependant être introduites dans la loi, telles qu'il soit possible d'adopter plus rapidement, par voie réglementaire, une politique de remboursement conforme à un dépistage optimal, quant aux examens à effectuer, à leur périodicité et aux personnes qui doivent en bénéficier. La LAMA constituerait ainsi un des moteurs du recrutement.

Il conviendrait par ailleurs de donner à la LAMA des moyens accrus pour contrôler la qualité des examens effectués dans le cadre d'un dépistage (biochimie, cytologie, etc.). En outre, les exigences de la loi concernant les qualifications professionnelles des personnes habilitées à procéder aux examens pourraient également être renforcées.

9. Vers une plus grande cohérence au niveau national

Plusieurs membres du groupe ont manifesté leur étonnement devant l'absence de consensus scientifique sur la valeur des divers examens de dépistage et surtout devant les différences entre régions quant à la pratique des examens. La cytologie notamment est pratiquée à large échelle dans certains cantons, alors qu'elle est quasiment inconnue dans d'autres. Aussi le groupe a-t-il été amené à proposer que soit créée une commis-

Empfehlungen der Arbeitsgruppe D: Krankheitsfrüherkennung

1. Angesichts des in der Schweiz bestehenden Mangels an morbiditätsstatistischen Angaben empfiehlt die Gruppe die Durchführung von Spezialerhebungen zur Umschreibung von Risikogruppen für zur Früherfassung geeignete Krankheiten. Dies würde es ermöglichen, die Massnahme der Früherfassung in Zukunft in Abhängigkeit des Risikos gezielt auf bestimmte Bevölkerungsgruppen auszurichten.
2. In Anbetracht der mit der Evaluation von Krankheitsfrüherkennungsmassnahmen verbundenen Schwierigkeiten empfiehlt die Gruppe gezielte Interventionsstudien in Gegenden, in denen bisher noch keine solchen Massnahmen eingeführt worden sind. Dabei sind Vergleiche mit Kontrollgebieten erforderlich. Die Gruppe ist sich bewusst, dass die Beobachtungszeit in solchen Studien sehr lang ist und dass sich die Fachkenntnisse unterdessen weiterentwickeln können.
3. Die Gruppe anerkennt, dass zur Abschätzung der Rentabilität von Massnahmen des Massenscreening Kosten-Nutzen-Studien erforderlich sind. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Quantifizierung des Nutzens ist deren Wert bei der Festlegung von Prioritäten jedoch beschränkt.
4. Die Gruppe würde es als wünschenswert betrachten, im Rahmen der Krankenversicherungsgesetzgebung eine differenzierte Vergütung gezielter Vorsorgeuntersuchungen zu ermöglichen, bei der in Betracht gezogen wird, ob die untersuchte Person einer Risikogruppe angehört.
5. In Anbetracht der geltenden Bestimmungen der Krankenversicherungsgesetzgebung, die es

auch Personen ohne genügende fachliche Ausbildung erlaubt, im Rahmen der Krankheitsfrüherkennung Untersuchungen (z. B. Zytologie, Biochemie) durchzuführen, fordert die Gruppe eine Prüfung der Frage der Einführung wirksamer Qualitätskontrollen für solche Untersuchungen.

6. Die Gruppe ist sich der Probleme bewusst, die sich im Zusammenhang mit der Krankheitsfrüherkennung – namentlich des Krebses – bei der Erziehung der Öffentlichkeit stellen. Als Grundlage scheint es ihr äusserst wünschenswert, Studien über die Einstellungen, Meinungen, Motivationen und Widerstände gegenüber Kontrolluntersuchungen durchzuführen.
7. In erster Priorität schlägt die Gruppe die Bildung einer Fachkommission mit folgenden Aufgaben vor:
 - Erstellung einer Liste der Krankheiten, für die sich eine Früherfassung lohnt,
 - Festlegung der zu empfehlenden Häufigkeit der Untersuchungen.

Die Kommission sollte sich auf die im Ausland gemachten Erfahrungen stützen und ihre Empfehlungen im Hinblick auf eine periodische Neuherausgabe laufend überprüfen. Dies sollte dazu führen, dass unkoordinierte Vorsorgeuntersuchungen und die dabei möglichen Missbräuche vermieden werden. Die Resultate der Vorsorgeuntersuchungen, die sich so in ein Gesamtkonzept einzufließen hätten, sollten einer mit einer dauernden Evaluation beauftragten Stelle zur Verfügung gestellt werden.

sion permanente de spécialistes dans le cadre de la LAMA (avec possibilité de s'entourer de consultants), qui aurait pour mandat de dresser la liste des affections pour lesquelles le dépistage est rentable et de fixer la périodicité souhaitable des examens pour les différents groupes sociaux, en fonction du risque. Ces conclusions, appuyées dans un premier temps sur les résultats acquis à l'étranger, devraient progressivement faire la part des conditions locales, par la prise en compte des travaux d'évaluation conduits dans notre pays. Ces conclusions seraient donc mises à jour périodiquement. Le pouvoir de coordination au niveau national de ces instructions pourrait être assuré par la LAMA d'une part (par le jeu du remboursement de ces examens), par l'intermédiaire des sociétés médicales d'autre part, qui devraient bien entendu être

associées d'une manière ou d'une autre aux travaux de la commission proposée. Les examens de dépistage cesseraient dès lors d'être effectués de manière désordonnée, avec tous les abus que cela permet, mais s'inscriraient dans un plan d'ensemble. De l'avis du groupe, la création d'une telle commission est hautement prioritaire.

Membres du groupe de travail D:

Dépistage précoce

H. Aeschlimann, M. Aulas, L. Casiraghi, A. Delachaux, B. Junod, M. Klein, F. van der Linde, T. Locher, H. R. Meyer, S. Prisender, L. Raymond, G. Riotton, M. Rupp, E. Stephan, A. Studer, A. Urbanczik, F. Wegmann, R. Wiederkehr.
