

# Dépistage du cancer colorectal

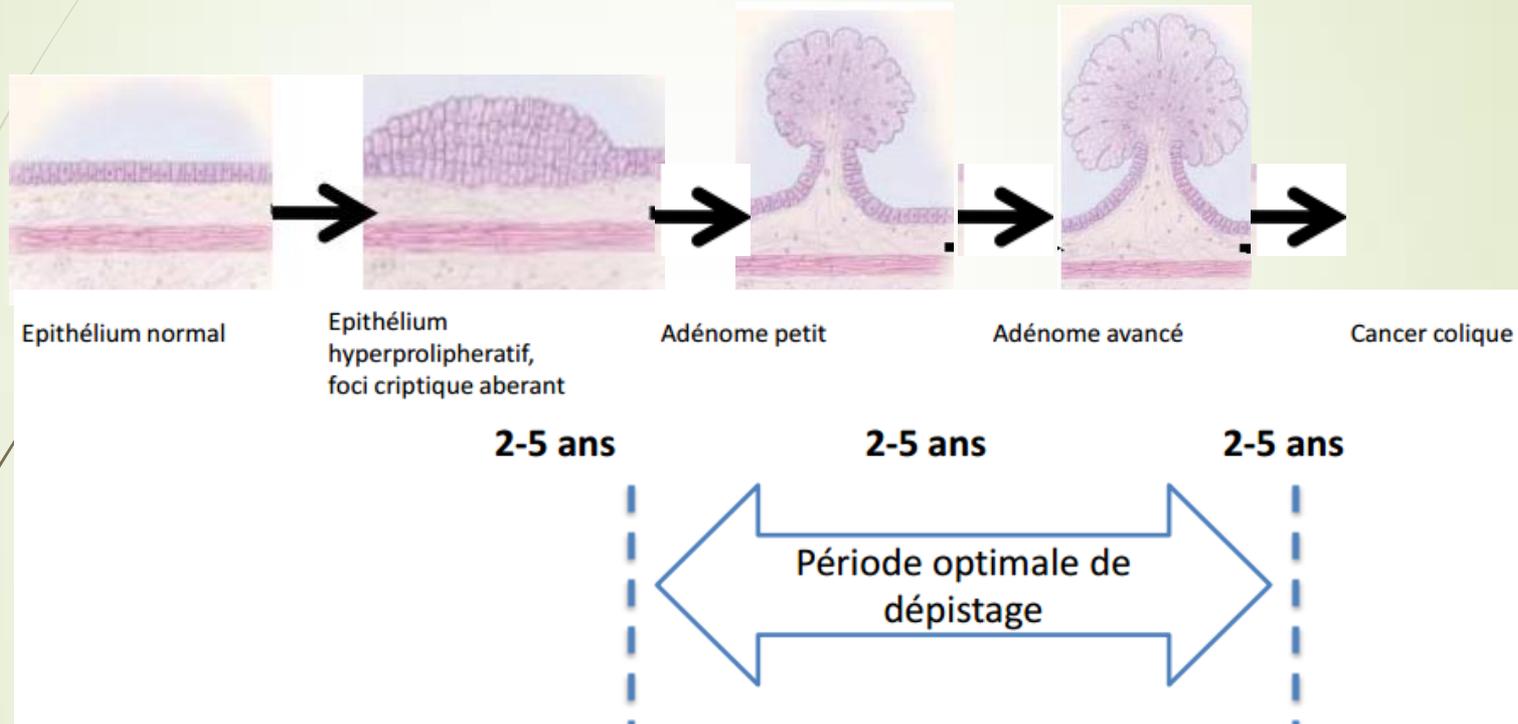


stock image

**Tuyau ou écouvillon ?**

De la pertinence de laisser le choix au patient

# Le cancer colorectal : un cancer insidieux



## Stade et survie à 5 ans

Stade I (15%)	85-95%
Stade II (20-30%)	65-75%
Stade III (30-40%)	45-55%
Stade IV (20-25%)	20-25%

- Plus de 4000 personnes en Suisse chaque année, 250 à Genève
- 5 personnes / 100 atteintes avant l'âge de 80 ans

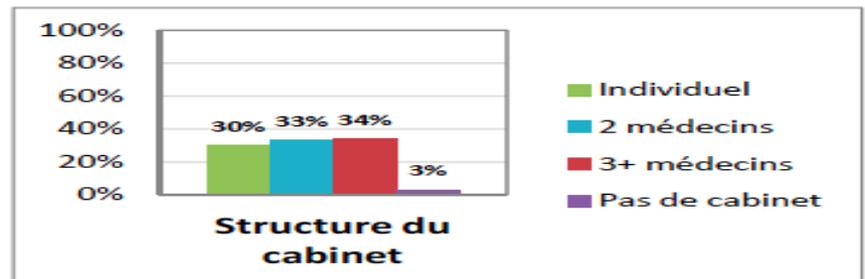
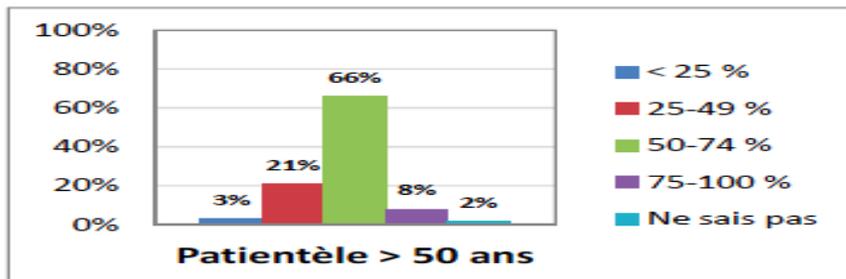
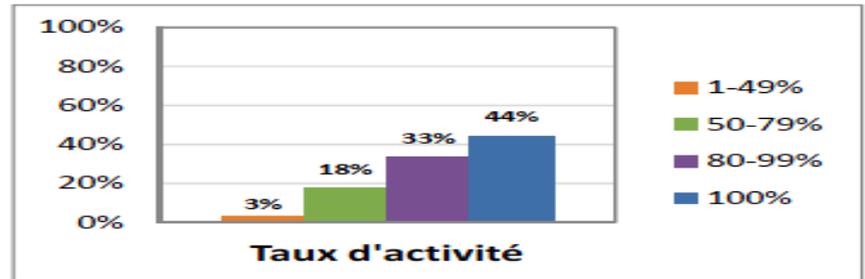
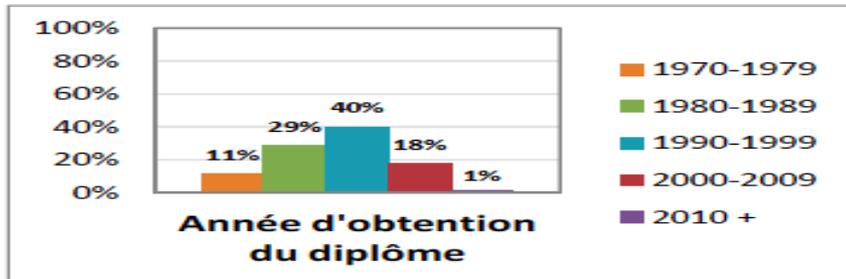
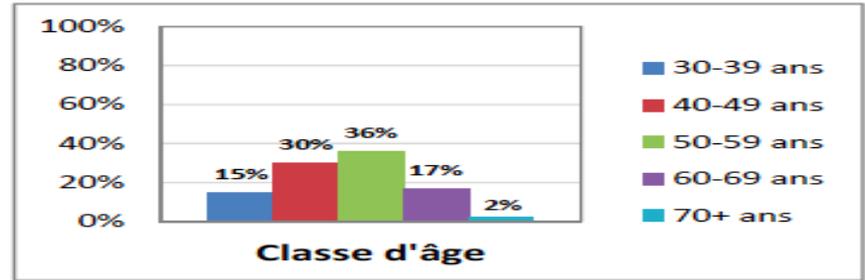
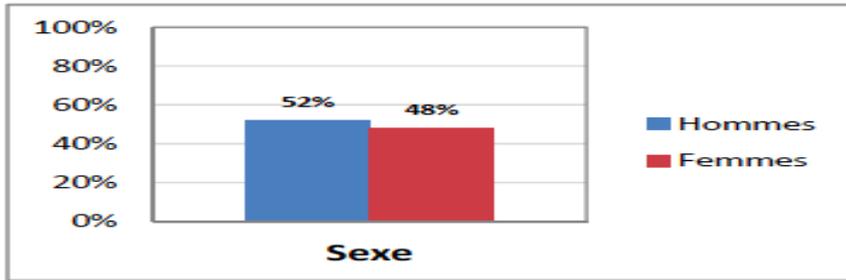
<b>Données Registre Genevois des Tumeurs</b>				
<b>période 2011 - 2013 (3 ans)</b>				
	nouveaux cas		taux brut (3)	
<b>Localisation</b>	Incidence (1)	Deces (2)	Incidence	Deces
<b>femmes</b>	89	34	36.8	14.2
<b>homme</b>	74	27	32.5	11.9
<b>(1) Nb moyen annuel source RGT</b>				
<b>(2) Nb moyen annuel source OFS</b>				
<b>(3) 1/100'000</b>				

# Le cancer du côlon et le dépistage en Europe

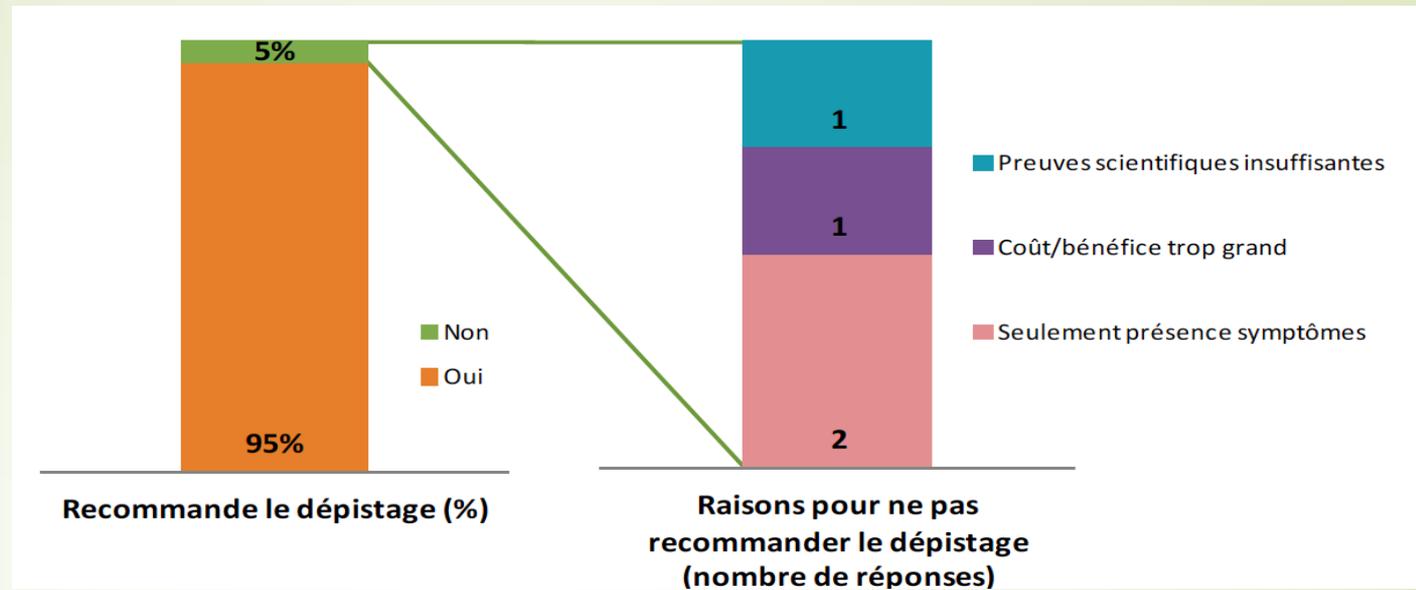
- Le cancer colorectal est le cancer le plus fréquent en Europe, avec une incidence de plus de 430 000 cas et plus de 200 000 décès par an.
- En Europe : Sur la période de 22 ans de suivi, la mortalité par cancer colorectal ajustée sur l'âge a baissé de :
  - 39% (hommes)/47% (femmes) en Autriche,
  - 34%/32% en France,
  - 30%/ 44% en Allemagne,
  - 26%/35% en Suisse,
  - 17%/23% en Italie,
  - 14/18% au Danemark,
  - 10%/8% en Suède,
  - 4%/10% aux Pays-Bas.
- L'évolution des taux de mortalité est fortement corrélée à la proportion de sujets qui déclarent avoir passé une coloscopie. Ce taux varie
  - 8% (hommes)/8% (femmes) en Grèce
  - 35%/36% en Autriche.de même que la pratique de la recherche de sang dans les selles (sur les 10 dernières années) :
  - 4% des Hollandais
  - 61% des Autrichiens.



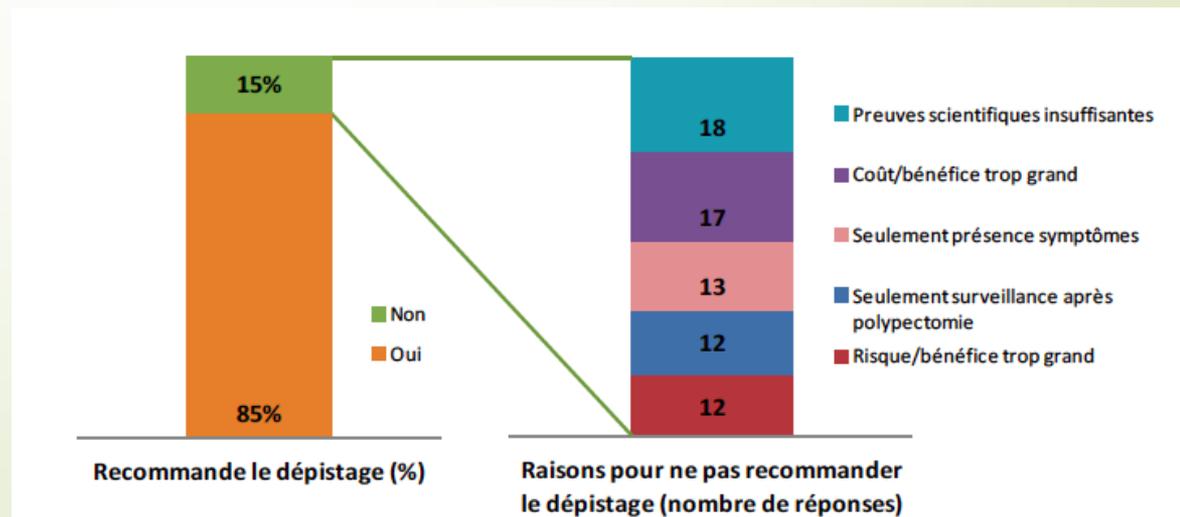
**Graphique 1: Profil des MPR participant à l'enquête**



# Genève



# Suisse romande



# Genève

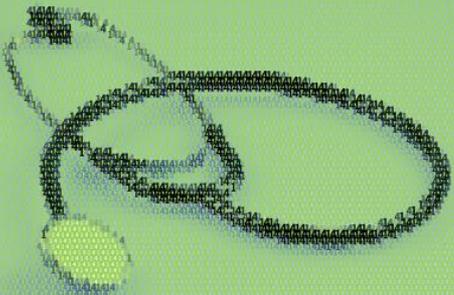
**Tableau 1: Tests et examens de dépistage recommandés (par ordre décroissant) et prescrits récemment, et leurs fréquences recommandées**

Test/examen	Recommandé (% répondants)	Fréquence recommandée (% répondants)	Prescrit (% des tests prescrits ces derniers mois)
Coloscopie optique	97%	10 ans (70%)	72%
TSOF	41%	1 an (54%)	7%
TSOFi	36%	1 an (67%)	4%
Coloscopie virtuelle	30%	10 ans (60%)	3%
Sigmoïdoscopie souple	10%	5 ans (50%)	0,8%
Test sanguin	9%	1 an (40%) – 5 ans (30%)	0,7%

# Suisse romande

**Tests et examens de dépistage du CCR recommandés et prescrits par les MPR, et leurs fréquences recommandées**

Test/examen	Recommandé (% répondants)	Fréquence recommandée (% répondants)	Prescrit (% des tests prescrits ces derniers mois)
Coloscopie optique	92%	10 ans (73%)	53%
TSOF	43%	2 ans (43%) – 1 an (39%)	12%
TSOFi	41%	1 an (47%) – 2 ans (40%)	9%
Coloscopie virtuelle	20%	10 ans (54%)	2%
Sigmoïdoscopie souple	10%	10 ans (41%) - 5 ans (34%)	2%
Test sanguin	9%	2 ans (36%) – 1 an (25%)	0,6%



14

Santé

213-1202

## Enquête suisse sur la santé 2012

Vue d'ensemble



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

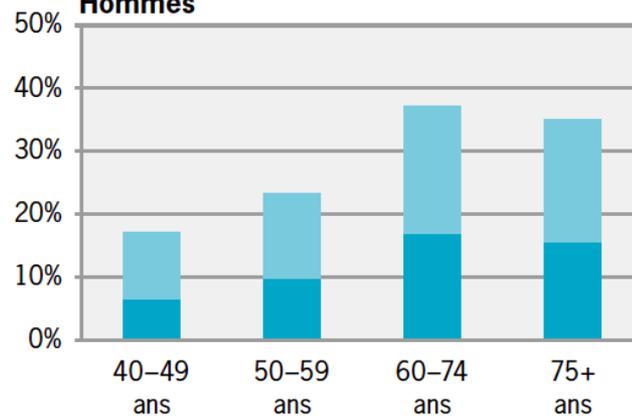
Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la statistique OFS

Neuchâtel, 2013

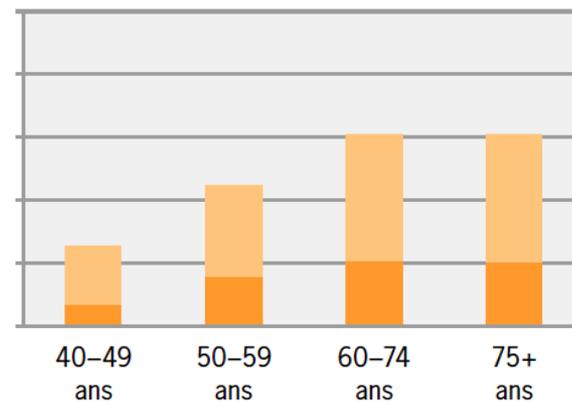
## Dépistage du cancer du colon par test hémoccult, 2012

G 23

### Hommes



### Femmes



Il y a plus de 2 ans  
 Au cours des 2 dernières années

Il y a plus de 2 ans  
 Au cours des 2 dernières années

Test hémoccult: dépistage par recherche du sang occulte (invisible à l'œil nu) dans les selles.



Bonello et al. *BMC Gastroenterology* (2016) 16:113  
DOI 10.1186/s12876-016-0517-1

BMC Gastroenterology

RESEARCH ARTICLE

Open Access



## Using a hypothetical scenario to assess public preferences following screening-detected, intermediate-risk adenomas: annual home-based stool test vs. triennial colonoscopy

Bernardette Bonello<sup>1</sup>, Alex Ghanouni<sup>1</sup>, Harriet L. Bowyer<sup>1</sup>, Eilidh MacRae<sup>2</sup>, Wendy Atkin<sup>2</sup>, Stephen P. Halloran<sup>3,4</sup>, Jane Wardle<sup>1</sup> and Christian von Wagner<sup>1\*</sup>

### Abstract

**Background:** To assess public preferences for colorectal cancer (CRC) surveillance tests for intermediate-risk adenomas, using a hypothetical scenario.

**Methods:** Adults aged 45–54 years without CRC were identified from three General Practices in England (two in Cumbria, one in London). A postal survey was carried out during a separate study on preferences for different first-line CRC screening modalities (non- or full-laxative computed tomographic colonography, flexible sigmoidoscopy, or colonoscopy). Individuals were allocated at random to receive a pack containing information on one first-line test, and a paragraph describing CRC surveillance recommendations for people who are diagnosed with intermediate-risk adenomas during screening. All participants received a description of two surveillance options: annual single-sample, home-based stool testing (consistent with Faecal Immunochemical Tests; FIT) or triennial colonoscopy. Invitees were asked to imagine they had been diagnosed with intermediate-risk adenomas, and then complete a questionnaire on their surveillance preferences.

**Results:** 22.1 % (686/3,100) questionnaires were returned. 491 (15.8 %) were eligible for analysis. The majority of participants stated a surveillance preference for the stool test over colonoscopy (60.8 % vs 31.0 %; no preference: 8.1 %; no surveillance: 0.2 %). Women were more likely to prefer the stool test than men (66.7 % vs. 53.6 %;  $p = .011$ ). The primary reason for preferring the stool test was that it would be done more frequently. The main reason to prefer colonoscopy was its superiority at finding polyps.

**Conclusions:** A majority of participants stated a preference for a surveillance test resembling FIT over colonoscopy. Future research should test whether this translates to greater adherence in a real surveillance setting.



# Enquête en population à Genève

- juillet-sept 2016
- 3000 envois postaux et 1000 online



## Enquête sur le dépistage du cancer du côlon

Enquête réalisée par la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein et l'Unité d'Epidémiologie Populationnelle des Hôpitaux Universitaires de Genève

Nous vous remercions d'avoir participé à l'étude Bus Santé et souhaitons vous inviter à une nouvelle étude intitulée «Enquête sur les perceptions, connaissances et intentions de la population genevoise au sujet du dépistage du cancer colorectal».

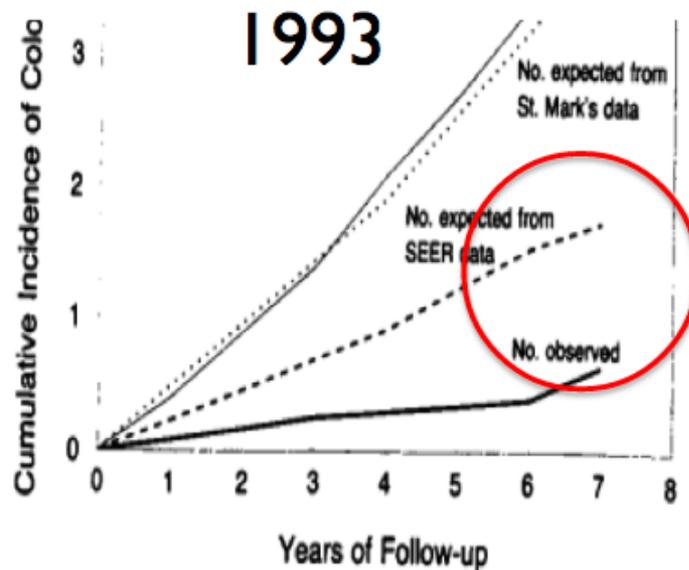
On dénombre chaque année plus de 4000 nouveaux cas de cancer colorectal en Suisse. Nous savons aujourd'hui que le dépistage de cette maladie (par la coloscopie ou par la recherche de sang occulte dans les selles) permet de diminuer la mortalité liée à ce cancer. Plusieurs pays européens ont déjà mis en place des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal. La faisabilité de la mise en place d'un tel programme dans le canton de Genève est actuellement à l'étude.

Indiquez à quel point les différents éléments ci-dessous influencent votre préférence entre les deux tests (recherche de sang occulte dans les selles ou coloscopie) :

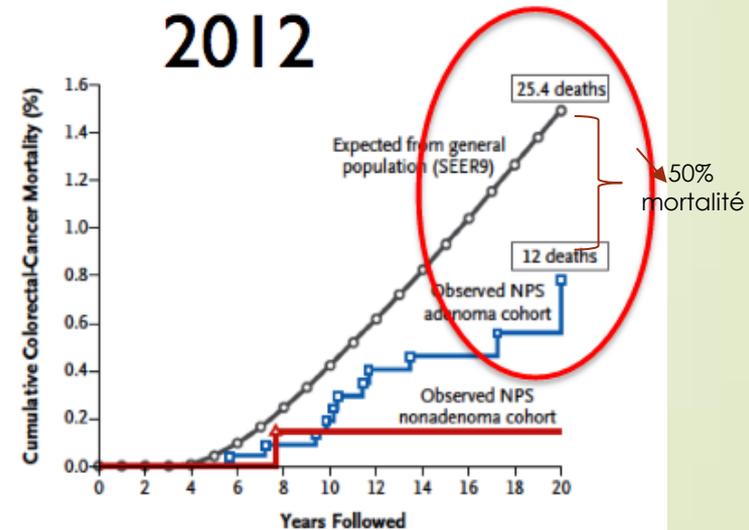
	Aucune influence sur mon choix	Peu d'influence sur mon choix	Beaucoup d'influence sur mon choix	Je ne sais pas
Q30) Rythme de réalisation (tous les 2 ans pour la recherche de sang occulte dans les selles, tous les 10 ans pour la coloscopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q31) Coût (4.60 CHF pour la recherche de sang occulte dans les selles, entre 80CHF et 160CHF pour la coloscopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q32) Contraintes liées à la réalisation d'une coloscopie (p.ex. préparation par un laxatif la veille, se déplacer au cabinet d'un gastroentérologue, impossibilité de conduire son véhicule après l'examen en cas d'administration d'un sédatif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q33) Contraintes liées à la recherche de sang occulte dans les selles (récupérer le kit chez un pharmacien, manipulation de ses propres selles pour le prélèvement nécessaire au test)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q34) Risque de complications sévères (même si il est très faible) de la coloscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q35) Meilleure détection des polypes (lésions pré-cancéreuses) par la coloscopie qui permet également de les enlever et donc de diminuer le risque de développer un cancer du côlon dans le futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q36) Le fait de devoir de toute façon faire une coloscopie si la recherche de sang occulte dans les selles est positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# La Coloscopie – le Gold standard pour la détection des polypes/CCRs

Suivi d'une cohorte multicentrique de 2600 patients polypectomisés entre 1980 et 1990



Réduction d'incidence de 76%  
à 6 ans ( $p < 0.001$ )

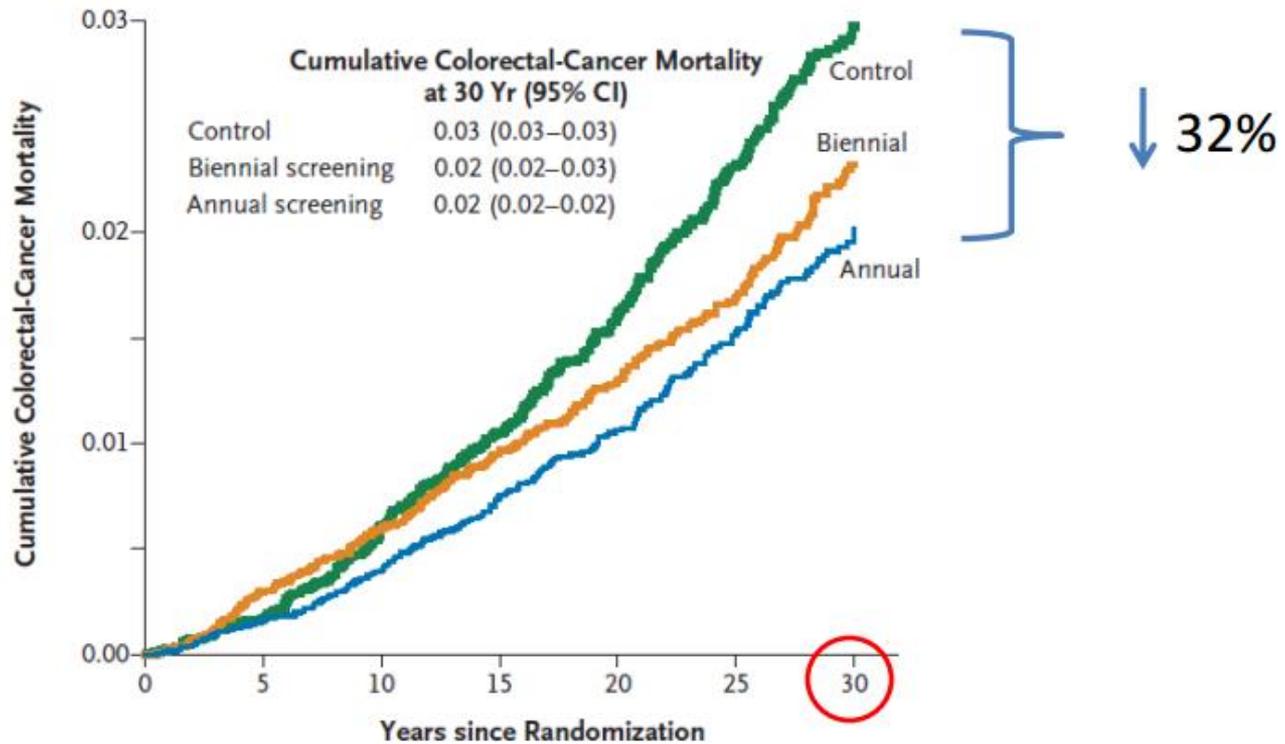


Réduction de mortalité de 53%  
( $p = 0.008$ )

## Tests recherche de sang dans les selles

	Test Immunologique	Test au gaïac
Spécificité	AC anti globine Spécifique Hb humaine	Activité péroxidasique hème <b>NON spécifique Hb humaine</b>
Performances	Sensibilité : 70 à 85% <b>Spécificité : 95%</b> Déetecte saignements faibles	<b>Sensibilité : 50%</b> Spécificité : 98%  Moins de coloscopies « inutiles »
Prélèvements	1 à 2 sur 2 selles Procédure optimisée <b>Fragile</b>	<b>6 sur 3 selles</b>  Stable 14 jours
Lecture	Automatisée Quantitative Seuil de positivité ajustable	<b>Visuelle colorimétrique</b> <b>Qualitative : positif/négatif</b>
Acceptabilité	62 %	50 %

# Recherche de sang occulte dans les selles



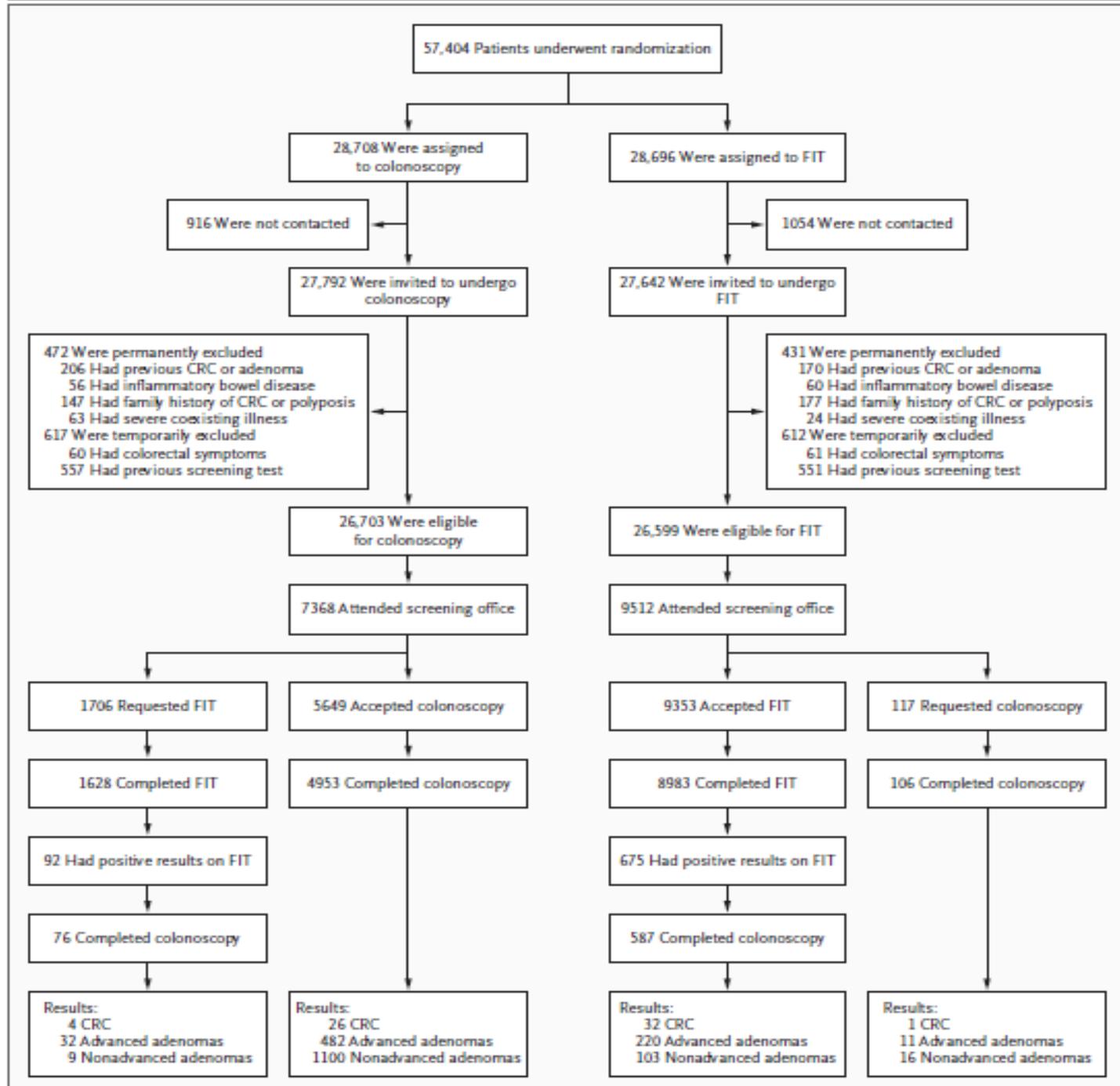
## No. at Risk

Control	14,497	13,103	11,320	9157	6741	4450
Biennial screening	14,635	13,243	11,445	9323	6802	4583
Annual screening	14,658	13,294	11,437	9219	6802	4498

## Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening

Enrique Quintero, M.D., Ph.D., Antoni Castells, M.D., Ph.D.,

- ▶ Adultes de 50 à 69 ans asymptomatiques
- ▶ Comparaison colonoscopie et FIT tous les deux ans
- ▶ Output : mortalité comparée à 10 ans
- ▶ Début étude 2009 – 1<sup>er</sup> tour s'est terminé en juin 2011 – fin prévu 2021
- ▶ Une lettre d'info- une invitation – deux rappels
- ▶ Coloscopies fait par des endoscoopeurs > 200 colo/an
- ▶ FIT : un prélèvement, seuil 75 ng/ml
- ▶ Polypes catégorisés en non-neoplastic et neoplastic
- ▶ Adénomes > 10mm ou arch villeuse ou dysplasie de haut grade in carcinome intramuqueux = adenomes avancés





**Table 1. Diagnostic Yield of Colonoscopy and Fecal Immunochemical Testing (FIT), According to the Intention-to-Screen Analysis.\***

Colorectal Lesion	Colonoscopy (N=26,703)		FIT (N=26,599)		Odds Ratio (95% CI)†	P Value
	Subjects	Rate	Subjects	Rate		
	<i>no.</i>	%	<i>no.</i>	%		
Cancer	30	0.1	33	0.1	0.99 (0.61–1.64)	0.99
Advanced adenoma‡	514	1.9	231	0.9	2.30 (1.97–2.69)	<0.001
Advanced neoplasia§	544	2.0	264	1.0	2.14 (1.85–2.49)	<0.001
Nonadvanced adenoma	1109	4.2	119	0.4	9.80 (8.10–11.85)	<0.001
Any neoplasia	1653	6.2	383	1.4	4.67 (4.17–5.24)	<0.001

\* The diagnostic yield was calculated as the number of subjects with true positive results divided by the number of subjects who were eligible to undergo testing. Subjects were classified according to the most advanced lesion.

† Odds ratios were adjusted for age, sex, and participating center. CI denotes confidence interval.

‡ Advanced adenoma was defined as an adenoma measuring 10 mm or more in diameter, with villous architecture (>25%), high-grade dysplasia, or intramucosal carcinoma.

§ Advanced neoplasia was defined as advanced adenoma or cancer.



## Résultats préliminaires :

- Évalués dans les deux groupes éligibles and dépistés
- participation plus élevée pour pour le FIT que pour la coloscopie 34.2% vs 24.6%
- 30 cancers dans le groupe colo et 33 dans le groupe Fit (OR 0.99) , répartition stades diagnostic identique
- NNS CI colo 191 ; NNS CI FIT 281 - NNS adénomes avancés 10 pour colo et 36 pour FIT
- Adénomes avancés 514 sujets (1.9) dans le groupe colo et 231 dans le groupe FIT(0.9) (OR 2.3)
- Adénomes bénins 1109 (4.2) dans le groupe colo et 119 dans le groupe FIT (0.4)
- Complications majeures 0.5% dans le groupe colo et 0.1% dans le groupe FIT



## Conclusions :

- ▶ taux de participation bas dans les deux bras mais 1<sup>er</sup> tour seulement
- ▶ Difficile encore à ce stade d'estimer les bénéfices et risques relatifs des deux approches (la colo ne sera pas répétée mais le FIT oui encore 5 fois) mais un tour avec FIT équivaut à un tour avec coloscopie pour le dépistage du CCR, sans différence évidente de stade de diagnostic.
- ▶ Taux détection adénomes avancés FIT un tour = déjà la moitié des celui de la colo
- ▶ Petits adénomes ne justifient pas d'une suivi particulier dans les recommandations
- ▶ Dans cette étude pas de différence dans la détection des cancers proximaux et distaux ni pour la coloscopie ni pour le FIT

## Recommandations européennes

2010

gFOBT	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>méthode de référence</b></li><li>-rythme <math>\leq</math> 2 ans</li><li>-cible « minimale » : 60 à 64 ans ...</li></ul>
FIT	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>supériorité validée</b></li><li>-rythme <math>\leq</math> 3 ans</li><li>-remplacement du gFOBT non explicitement recommandé</li></ul>
RSS	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>avancées prises en compte</b></li><li>-évaluation systématique des résultats</li><li>-cible : 55 à 64 ans</li><li>-intervalle « optimal » : tous les 10 à 20 ans</li></ul>
Coloscopie	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>possible</b> compte tenu de l'impact sur mortalité et incidence</li><li>-coloscopie unique à 55 ans</li></ul>
Autres	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>en cours d'évaluation</b></li></ul>

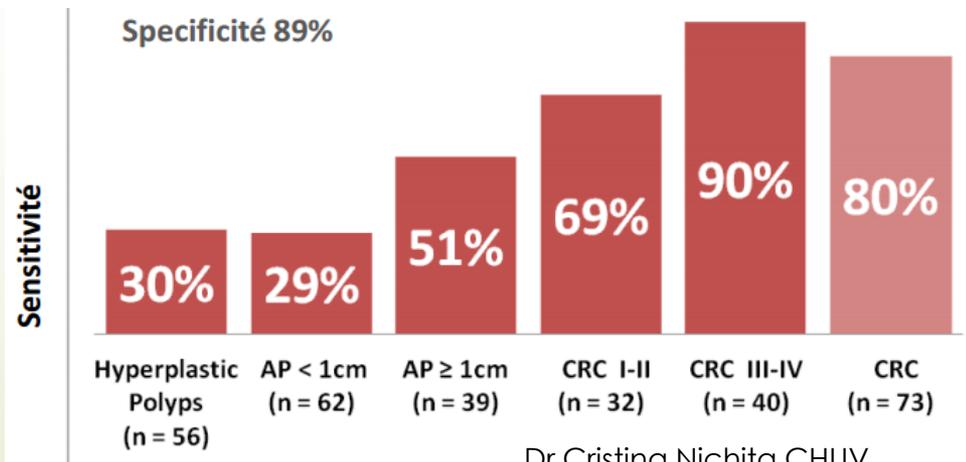
# COLOX

- Test sanguin moléculaire 29 biomarqueurs et 2 marqueurs tumoraux sérique

Polypes adénomateux >1 cm					
Société/Méthode	Produit	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP* (%)	VPN** (%)
Diagnoplex <sup>1</sup>	Colox <sup>®</sup>	52,0	92,0	29,3	96,8
FIT <sup>2</sup>	OC-Sensor <sup>®</sup>	28,0	91,0	24,0	92,0
gFOBT <sup>3</sup>	Hemocult II	30,8	97,7	16,7	N/A
Colonoscopie <sup>4-5</sup>	-	(75-95)	(90-98)	(32-75)	(98-99,7)
Cancer colorectal (CCR): tous stades compris					
Diagnoplex <sup>1</sup>	Colox <sup>®</sup>	78,0	92,0	4,7	99,8
FIT <sup>2</sup>	OC-Sensor <sup>®</sup>	80,0	91,0	3,0	99,0
gFOBT <sup>3</sup>	Hemocult II	37,1	97,7	6,6	N/A
Colonoscopie <sup>4-5</sup>	-	(80-100)	(90-98)	(3,9-20,1)	(99-100)

<sup>1</sup> Nichita et al., *United European Gastroenterology Journal* (2013); <sup>2</sup> Terhaar JS et al. *BMC Gastroenterology* (2012); <sup>3</sup> Allison JE et al. *NEJM* (1996); <sup>4</sup> Brewster et al. (1994); Irvine et al. (1988); <sup>5</sup> Eisen et al. (2001); Lee et al. (2003); Tsuda et al. (2002).

## Population Suisse



Etude multicentrique 1333 sujets 2009-2011

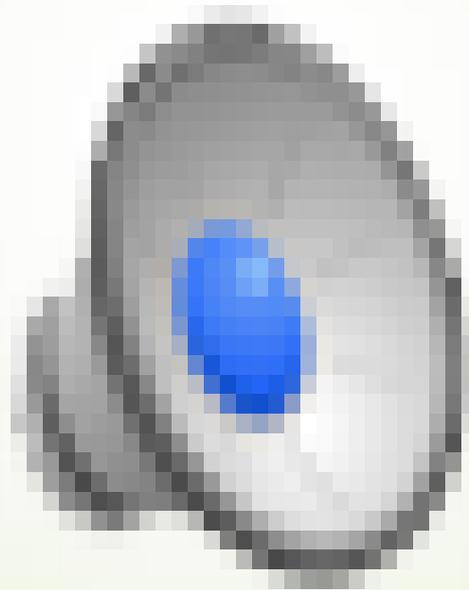
## Etat des lieux en Europe (2013)

- ▶ Le FOBT : Finlande, au Royaume Uni et Italie
- ▶ RSS : en Angleterre propose alternative ou méthode complémentaire dans le cadre d'une stratégie combinée. En Italie, la RSS dans plusieurs programmes régionaux depuis 2007.
- ▶ Le test immunologique : France, Pays-Bas.
- ▶ Coloscopie : privilégiée en Allemagne, Autriche, Luxembourg et Pologne
- ▶ pas de stratégie clairement définie : Danemark, Norvège, Hongrie, Portugal.

*D'importantes études contrôlées randomisées sont en cours en Espagne (45), dans les pays scandinaves et la Pologne (44), aux Pays-Bas (coloscopie vs coloscanner) (68) et en Norvège (RSS vs Test immunologique) (69)*

## Recommandations aux Etats-Unis

➔ [https://youtu.be/mk8lyLWX\\_OU](https://youtu.be/mk8lyLWX_OU)



# Information et choix partagé

- ▶ Participation aux programmes de dépistage doit être faite avec la connaissance pour le patient des avantages et inconvénients du processus proposé
- ▶ Essentiel d'avoir la notion des faux positifs et négatifs



Plusieurs études montrent que l'information et des stratégies différentes augmentent la participation si on laisse la possibilité aux patients (même à ceux qui n'ont pas participé antérieurement) de changer de test.

## Outils d'aide à la décision pour le patient



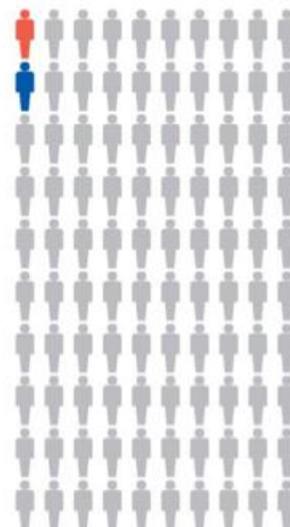
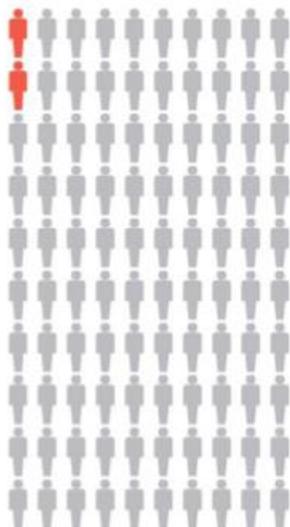
### **Votre médecin de famille peut :**

- Vous expliquer bénéfices et inconvénients des tests de dépistage du cancer du colon
- Vous aider à prendre une décision

## Programme vaudois de dépistage du cancer du colon: de 50 à 69 ans

### Faire un dépistage?

En absence de  
dépistage,  
**2 personnes sur  
100** décéderont  
de cancer du  
colon avant 80  
ans en Suisse.



En présence  
d'un dépistage,  
environ  
**1 personne sur  
100** décédera de  
cancer du colon  
avant 80 ans en  
Suisse.

## Réalisation - Avantages et inconvénients des tests de dépistage

### Recherche de sang occulte dans les selles

#### Comment réaliser le test?

- Prélèvement au domicile d'une très petite quantité de selles à l'aide d'un kit spécialement fourni
- Envoi postal et analyse du prélèvement dans un laboratoire spécialisé

#### Obtention des résultats

- Retour des résultats par courrier à votre domicile et vers votre médecin

#### Remboursement du test

- Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise  
Participation de 10% (quote-part, 4.60 CHF) à votre charge

#### Rythme de réalisation

- **Tous les deux ans**

#### Quels sont les avantages?

- Pas de préparation nécessaire
- Facile à réaliser

#### Fiabilité pour détecter le cancer du colon

- Bonne si réalisation régulière, tous les 2 ans

#### Quels sont les inconvénients?

- Risque de résultat « faux négatif » : polypes et cancers ne saignent pas toujours. Il faut donc répéter le test tous les deux ans au minimum
- Risque de résultat « faux positif » : un saignement digestif peut s'observer sans présence de polype ou cancer
- En cas de test positif, **il faudra réaliser systématiquement une coloscopie**

### Coloscopie de dépistage

- « Préparation au domicile » : régime alimentaire durant 48 heures et absorption d'une solution spéciale pour « nettoyer » son intestin la veille
- Réalisation dans le cabinet d'un gastroentérologue ou en clinique/hôpital
  - ▶ → Vous recevrez généralement un sédatif pour permettre un léger endormissement
  - ▶ → L'examen dure habituellement 30-45 minutes, parfois davantage s'il faut enlever des polypes

- Résultat oral de votre examen le jour même, compte rendu définitif par courrier à votre domicile et vers votre médecin

- Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise  
Participation de 10% (quote-part, entre 80 et 160 CHF) à votre charge

- **Tous les dix ans**

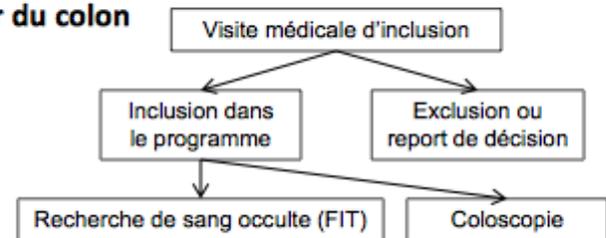
- Meilleur test pour détecter les polypes avant qu'ils n'évoluent en cancer
- Les polypes sont directement enlevés pendant l'examen

- Excellente, si la « préparation au domicile » est correctement réalisée

- Risque très faible de complication sévère (perforation de l'intestin ou saignement important): environ 2 cas sur 1'000 coloscopies
- En cas d'administration d'un sédatif, vous ne pourrez pas conduire de véhicule durant 12 à 24 heures (effets des sédatifs)

## Fiche d'information et d'aide à la décision pour le Programme vaudois de dépistage du cancer du colon

Document est destiné aux médecins et résumant les données clés dans le cadre d'une *décision partagée* avec leur patient-e



Outil d'aide à la décision pour le médecin

### Quelle est la fréquence du cancer colorectal (CCR) dans le canton de Vaud ?

- Environ 5% des hommes et 3% des femmes reçoivent un diagnostic de CCR avant 80 ans.<sup>1</sup>
- Environ 2% des hommes et 1% des femmes en meurent avant 80 ans.

### Quel pourcentage de la population vaudoise est à jour avec le dépistage et quel son bénéfice ?

- 14% de la population vaudoise de 50 à 69 ans serait à jour avec le dépistage pour le CCR soit par recherche de sang occulte dans les selles (FOBT) ou par endoscopie (coloscopie et sigmoïdoscopie).<sup>1</sup>
- On estime que la pratique régulière d'un dépistage permet une réduction absolue de la mortalité par cancer colorectal de 1% avant l'âge de 80 ans (de 2/100 à 1/100).

### Quelle personne est ELIGIBLE pour le programme de dépistage ?

- Le dépistage est destiné à la population sans facteurs de risque de 50 à 69 ans.<sup>5</sup>

### Quelle personne est EXCLUE du programme de dépistage (temporaire ou définitive, selon contexte) ?

➢ Pour les *populations à risque élevé ou très élevé*, la coloscopie d'emblée est recommandée. L'âge de début du dépistage ainsi que la fréquence dépend de la maladie sous-jacente (à discuter avec le gastroentérologue).

#### - Risque élevé de CRC:

- Antécédents personnels: CCR ou polype (>1 cm, adénome villositaire ou tubuleux-villositaire, dysplasie haut degré)
- Antécédents familiaux (parenté de 1er degré) : CCR ou polype < 60 ans
- Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn après 8-10 ans (pancolite) ou 15-20 ans si colite gauche
- Autres: Irradiation abdominale dans l'enfance (>30Gy), Acromégalie

#### - Risque très élevé de CRC: Polyposis Adénomateuse Familiale (PAF), Syndrome de Lynch (HNPCC), autre.

➢ Maladie intercurrente grave

➢ Symptômes digestifs récents ou rectorragie macroscopique -> coloscopie diagnostique nécessaire

### Quels examens de dépistage sont disponibles et remboursés dans le cadre du programme de dépistage ?

#### Quels sont les coûts pour les patients ?

- Une coloscopie auprès d'un-e gastro-entérologue OU le test de FIT dans un laboratoire sont reconnus par le programme et pris en charge par les caisses maladies. Si la franchise d'une personne n'est pas atteinte, les frais sont pris en charge par le programme cantonal de dépistage.
- Reste à charge des patients (10% de quote-part) :
  - Visite chez le médecin de famille : de 7 à 18 CHF (selon la durée).
  - Coloscopie : de 80 CHF (examen diagnostique) à ~160 CHF (si polypectomies).
  - Test immunologique de recherche de sang dans les selles (FIT) : 4.60 CHF.

### Questions destinées aux patients pour faciliter la prise de décision au sujet du dépistage.

- Quels sont les éléments les plus importants pour prendre votre décision ?
- Quelle autre personne pourrait vous aider à faire votre choix ?
- Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous avez retenu de notre discussion ? (*Teach-back*)

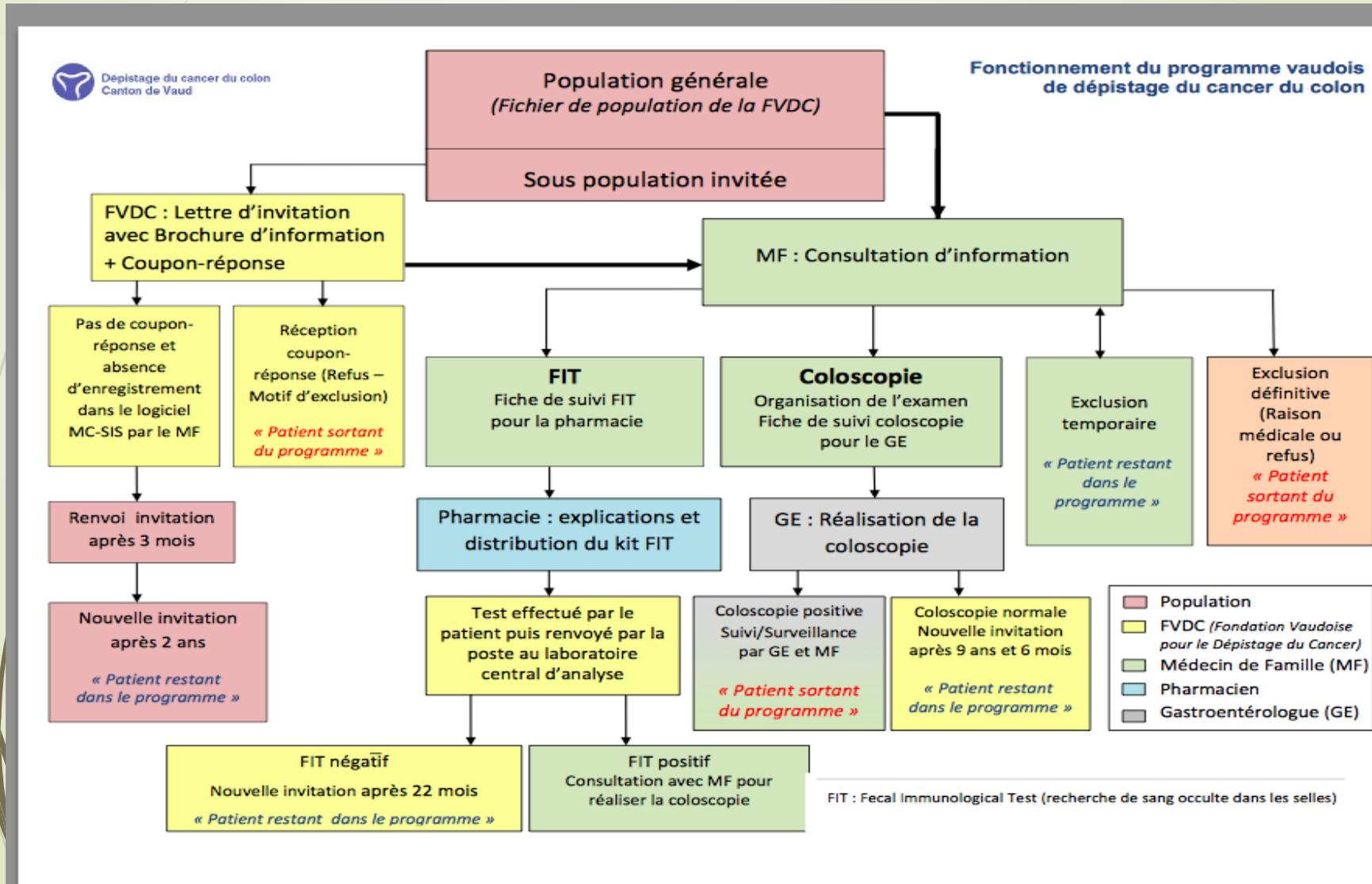
### Sources et références

<sup>1</sup>Registre vaudois des tumeurs/IUMSP

<sup>4</sup>Zauber et al. *Ann Intern Med.* 2008;149:659-669.

<sup>5</sup>Bulliard J.-L. et al. *Rev Med Suisse* 2012;8:1464-7.

# Vers un programme de dépistage organisé à Genève



# le dépistage DU CANCER COLORECTAL



Et surtout, ça sauve  
des vies!