

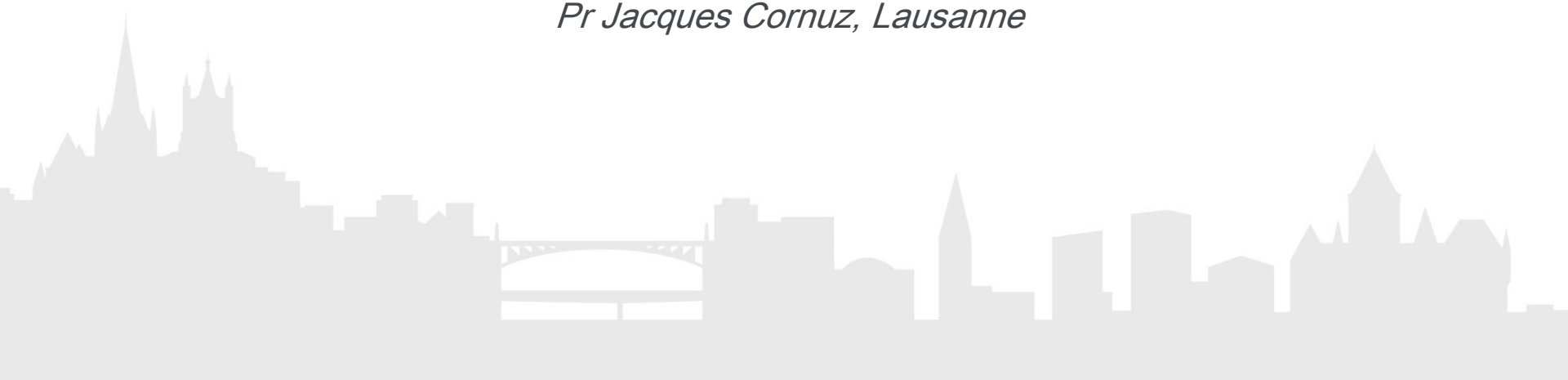
unisanté

Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique · Lausanne



Aider les professionnels de santé des soins primaires à relever le défi du dépistage personnalisé des cancers

Pr Jacques Cornuz, Lausanne



Plan

- Introduction
- Quel type de personnalisation?
- Partage de l'information et de la décision
- Communication sur le risque et les bénéfices
- Information sur le surdiagnostic
- Conclusion

Introduction

- Depuis 1.1.2019: Unisanté
- Médecine générale, santé publique académique, médecine du travail, ligues de prévention
- Programmes publics de dépistages (sein et colon)
 - Mammographie cancer : env. 28'000 /an
 - FIT: 5000/an et coloscopie 4'800/an
- 860 collaborateurs-trices
- 220 médecins, 50 *Faculties*
- ~ 340'000 contacts patients-usagers / an

COMMENTARY

Open Access



Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge

Kevin Selby^{1,2*} , Gillian Bartlett-Esquilant³ and Jacques Cornuz¹

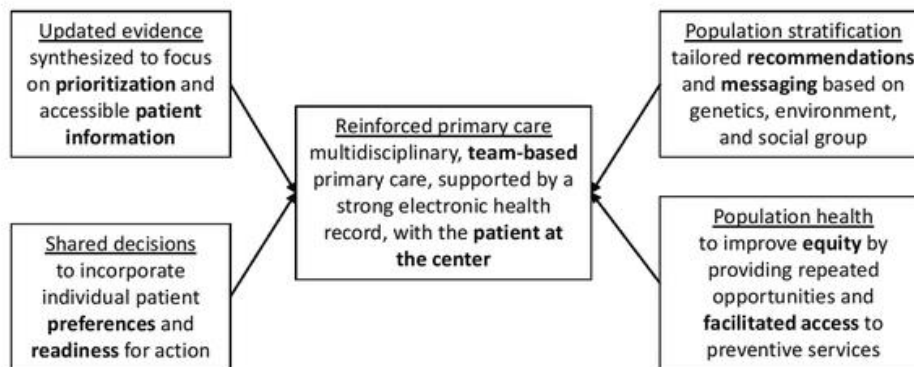
Table 1 Examples of increasing complexity in cancer screening recommendations and elements needed to allow for implementation of these recommendations into routine primary care

From: [Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge](#)

| Cancer screening | Examples of personalization | Elements needed for implementation in routine practice | Current implementation examples |
|------------------|--|--|--|
| Breast | <ul style="list-style-type: none"> - Integration of personal preferences into whether to initiate screening and at what age - In the future, likely to have further integration of family history, screening history, and personal preferences for screening intensity | <ul style="list-style-type: none"> - Patient decision aids that present risk of overdiagnosis with screening - Electronic health record (EHR) decision support to allow tracking and integration of multiple patient factors | <ul style="list-style-type: none"> - Australian patient decision aid shown to increase informed choices [14] - Women Informed to Screen Depending on Measures of risk (WISDOM) study [22] |
| Colorectal | <ul style="list-style-type: none"> - Use of tailored outreach and inreach to ensure that all patients have the best opportunity possible to complete screening - Integration of patient preferences to choose screening modality | <ul style="list-style-type: none"> - EHR that clearly identifies patients not up to date with screening - Team-based care to reach patients who do not have regular appointments - Patient decision aids that present choice between screening modalities | <ul style="list-style-type: none"> - Kaiser Permanente screening program [21] - Canton of Vaud colorectal cancer screening program that integrates patient preferences [15] |
| Lung | <ul style="list-style-type: none"> - Balancing prevention messages of smoking cessation and early cancer detection - Risk stratification based on age, tobacco history, and possibly genetic and imaging findings - Integration of patient preferences when balancing potential benefits with substantial risk of overtreatment | <ul style="list-style-type: none"> - Recommendations that prioritize tobacco cessation ahead of lung cancer screening - EHR with structured tobacco history allowing for identification of eligible patients - Patient decision aids and conversation aids that quantify risks and benefits of screening and stimulate discussion - Reimbursement of time spent discussing screening decisions | <ul style="list-style-type: none"> - EviPrev recommendations that assign priority to proven effective prevention activities [17] - The Veterans Health Administration created patient decision aids and modified their EHR to support lung cancer screening [19] |
| Cervical | <ul style="list-style-type: none"> - Individualized screening intervals based on risk human papillomavirus (HPV) status, vaccination and risk factors - Individualized outreach offering multiple screening modalities to lower barriers to screening | <ul style="list-style-type: none"> - EHR with searchable vaccine history and pathology results - Targeted use of mailed, home self-screening despite lower accuracy | <ul style="list-style-type: none"> - Pilot studies integrating in-clinic and home HPV testing into organized screening in Italy [24] |

Fig. 1

From: [Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge](#)



Elements needed to support primary care to make personalized cancer screening possible

Personnalisation

- Accent sur le partage de l'information et de la décision
- Autres options
 - stratification du risque
 - profil génomique
 - contexte socio-culturel
- Accent sur le médecin généraliste et son équipe (infirmier-ères, assistant-es méd.)

Définition

- Partage de la décision – *Shared decision making (SDM)*
- Processus au cours duquel le patient et le médecin participent à la prise de décision médicale
- Nécessite une transmission de l'information et un échange à ce sujet
- *informed shared decision making*
- Suite logique de *Evidence based medicine*
- Interaction, relation médecin – patient

Partage de la décision

Qui décide? ...

Médecin



Patient

**Modèle
paternaliste**

**Partage de la
décision**

**Modèle
information**

Partage de la décision et dépistage

Qui décide? ...

Etat



Citoyen

Modèle
paternaliste

Partage de la
décision

Modèle
information

Six étapes de SDM

1. Inviter le patient à participer (paternalisme seulement si demandé, souhaité!)
2. Lui présenter les options, par ex. en utilisant des aides décisionnelles
3. Procurer des informations spécifiques sur les bénéfices et les risques
4. Expliciter, mettre en exergue les préférences et valeurs du patient
5. Faciliter la délibération et la décision
6. Assister pour la suite, assurer le suivi

Contexte général

- Crédibilité professionnelle
- Moteur d'abord anglo-saxon
- Impératif de l'autonomie: *Informed choice*
- Asymétrie d'information

Encouraging Patients to Ask Questions How to Overcome “White-Coat Silence”

Timothy J. Judson, MPH

Allan S. Detsky, MD, PhD

Matthew J. Press, MD, MSc

The traditional paternalistic dynamic between patient and physician, though diminishing over time, looms as another barrier to patients asking questions. An asymmetry of power is inherent to the patient-physician relationship, not just be-

Editorials represent the opinions of the authors and *JAMA* and not those of the American Medical Association.

Talking to Patients in the 21st Century

Abigail Zuger, MD

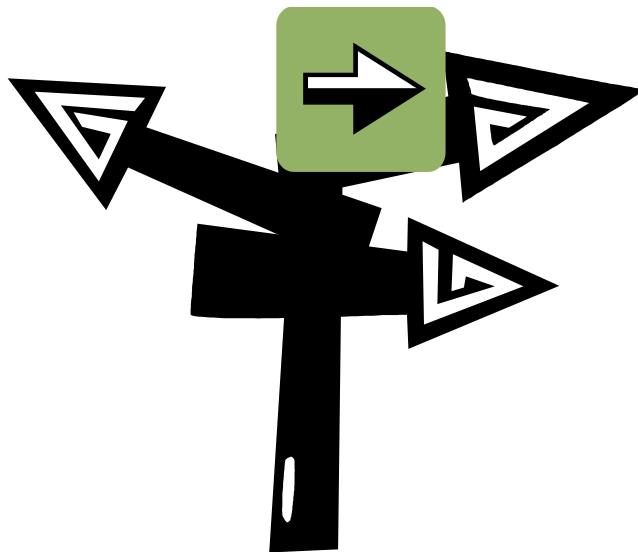
quired to make patients comfortable enough to ask all the questions they should.

Nouveau rôle du médecin et de son équipe ?

Courtiers des
connaissances

à

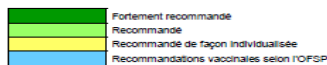
Courtiers des
connaissances et des
décisions



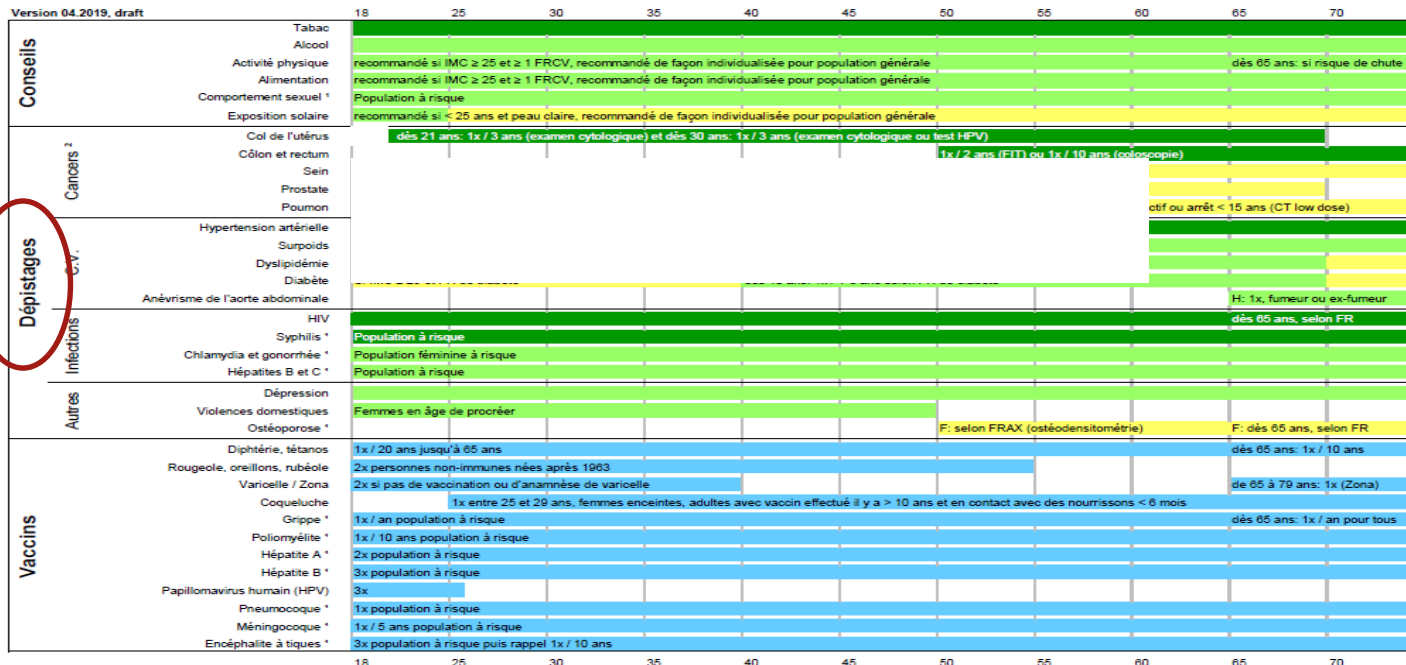
Adapté de F. Légaré 2008



RECOMMANDATIONS



Version 04.2019, draft



Les examens et recherches des pathologies suivantes ne sont pas recommandés comme dépistage chez les patients asymptomatiques:
 ECG pour dépister la maladie coronarienne, dépistage d'une sténose des artères carotidiennes, dépistage de la BPCO, recherche de bactériurie (H et F non enceinte), dépistage des cancers de la thyroïde, du pancréas, de l'ovaire et du testicule.

Les politiques universitaires et instituts de médecine de famille suivants ont participé à l'élaboration de ces recommandations:
 Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle

Les recommandations EviPrev sont soutenues par:

F: femme, H: homme
 IMC: indice de masse corporelle [kg/m²]
 FRCV: facteurs de risque cardio-vasculaire
 FR: facteurs de risque
 FIT: fécal immunochemical test
 UPA: unité paquet année
 FRAX: outil d'évaluation des risques de fractures

¹ les différents facteurs de risque sont définis dans le texte annexe
² discussion promouvant le partage de la décision recommandée



Dépistages

- Situation à haute « densité » éthique
- Patient asymptomatique
- Piliers de notre éthique professionnelle
 - Bienfaisance – Justice - Autonomie
- Tests de dépistage en pratique clinique
 - Souvent pas de phase I, II et III...
 - Processus d'enregistrement/autorisation simple et (souvent) rapide

Transmission de l'information du risque

- Présentation graphique
- Graphique simple
- Risque absolu et risque relatif mentionnés
- Risque « lifetime »
- Information complète (perte et gain, mortalité et survie)
- Comparaison avec d'autres risques

A priori : le patient est un acteur rationnel...

Perception et communication du risque: PARTNER

Prepare the difficulties

Accept the challenge of patients emotions

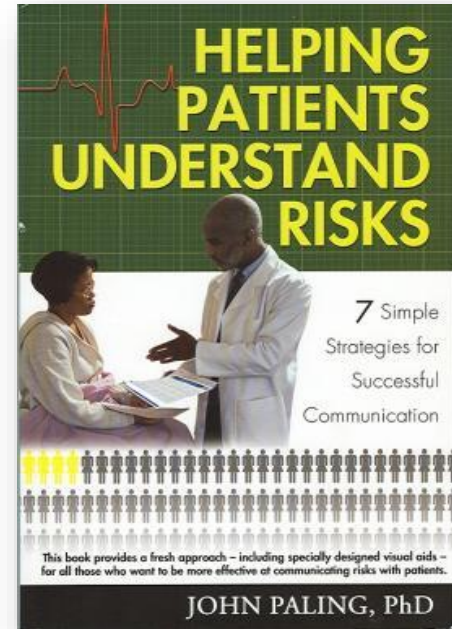
Revise the way you explain

Try to avoid RR or OR only: add AR

Never just give one perspective

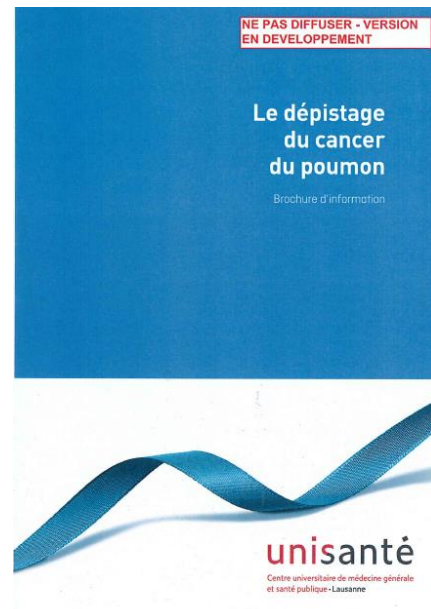
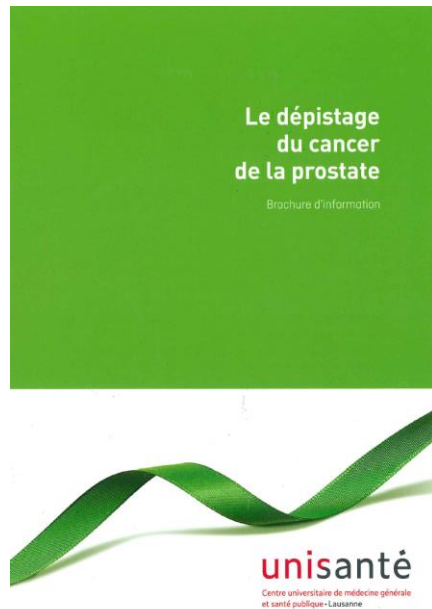
Explain using visual aids



Realize that sharing visual aids can serve to reinforce the patient-doctor bond



Les limites du partage de la décision

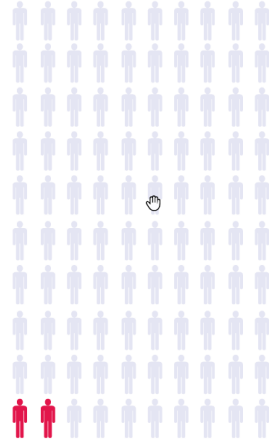
- Prend du temps? Pas vraiment!
- Nécessite souvent de nouvelles connaissances : oui !
 - dimensions du risque
 - Compréhension du NNS (number needed to be screened)
- Nécessite de nouvelles compétences : oui !
 - Aptitudes pour communiquer le risque
- Partage de la connaissance = partage du pouvoir !



| 2 options offertes: |  <p>Recherche de sang occulte dans les selles chaque 2 ans</p> |  <p>Coloscopie de dépistage chaque 10 ans</p> |
|---|---|---|
| Comment réaliser le test? | <ul style="list-style-type: none"> → 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 | <ul style="list-style-type: none"> → «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 <ul style="list-style-type: none"> → 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 |
| Obtention des résultats | → Retour des résultats par courrier à votre domicile et vers votre médecin | → Résultat oral de votre examen le jour même, compte-rendu définitif 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 | → 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 |
| Rythme de réalisation | → Tous les deux ans | → Tous les dix ans |
| Quels sont les avantages? | <ul style="list-style-type: none"> → Pas de préparation nécessaire → Facile à réaliser | <ul style="list-style-type: none"> → Meilleur test pour détecter les polypes avant qu'ils n'évoluent en cancer → Les polypes sont directement enlevés pendant l'examen |
| Fiabilité pour détecter le cancer du côlon | → Bonne si réalisation régulière, tous les 2 ans | → Excellente, si la «préparation au domicile» est correctement réalisée |
| Quels sont les inconvénients? | <ul style="list-style-type: none"> → 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 | <ul style="list-style-type: none"> → Risque très faible de complication sévère (perforation de l'intestin ou saignement important): environ 2 cas sur 1000 coloscopies → En cas d'administration d'un sédatif, vous ne pourrez pas conduire de véhicule durant 12 à 24 heures (effets des sédatifs) |

Quelle est l'efficacité du dépistage pour diminuer la mortalité par cancer du côlon ?

- La grande majorité des cancers du côlon surviennent après l'âge de 50 ans.
 - Un programme de dépistage permet de réduire de moitié (50%) le nombre de décès par cancer du côlon : soit une baisse de mortalité de 2 personnes sur 100 (2%) à 1 personne sur 100 (1%).
- 1 personne sur 100 ne mourra pas du cancer du côlon grâce à un dépistage régulier.



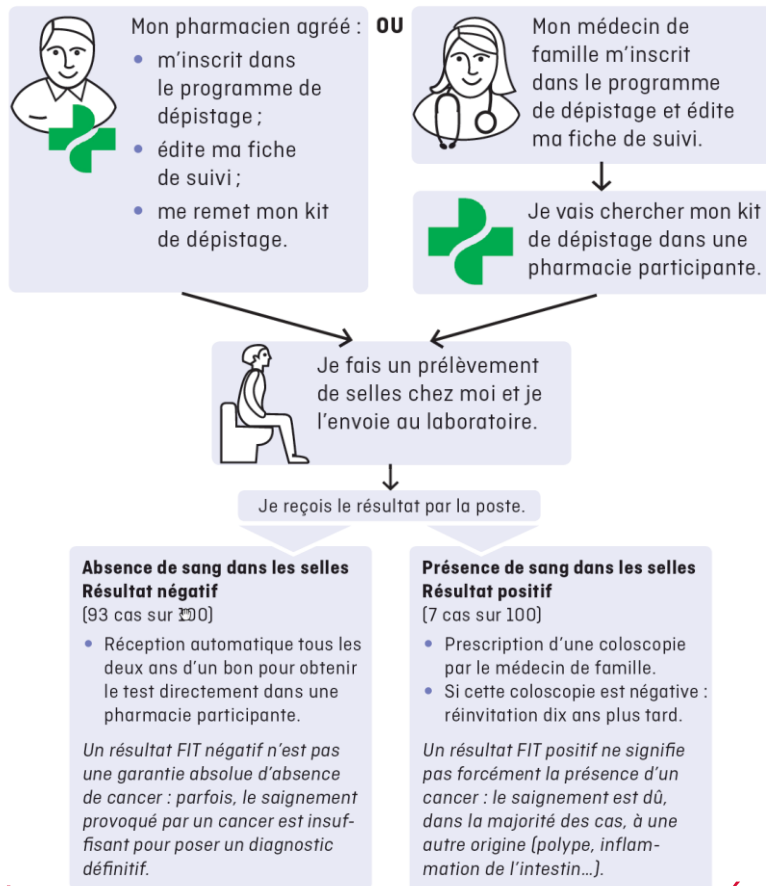
En l'absence de dépistage :
2 personnes sur 100 décéderont du cancer du côlon avant 80 ans en Suisse.



Avec un dépistage régulier :
1 personne sur 100 décédera du cancer du côlon avant 80 ans en Suisse.

J'ai choisi de participer au programme de dépistage

J'ai choisi le test de recherche de sang occulte dans les selles (FIT)



Contexte

- Trop d'examens, au bénéfice marginal (très) faible
- Attente irréaliste d'une médecine perçue comme triomphante
- Contre-intuitif!
- Partager avec les patients les limites de nos propositions

Le surdiagnostic

Le dépistage peut mettre en évidence un cancer dont l'homme n'aurait jamais eu connaissance si le dépistage n'avait pas été réalisé. Cet homme risque d'avoir des effets secondaires du dépistage ou du traitement du cancer sans bénéfice pour sa santé.

- un tel dépistage n'apporte pas de bénéfice ;
- il est actuellement impossible de prédire l'homme qui aura des bénéfices suite au dépistage.

Ce schéma explique le surdiagnostic :

Exemple de diagnostic qui ne change pas la durée de vie.

Imaginons Jean, 65 ans, qui a un cancer de la prostate sans le savoir car il n'a pas de symptômes. Ce cancer n'est pas agressif (bas grade), se développe très lentement et ne sera jamais diagnostiqué sans dépistage.

Scénario 1

Jean **fait** un dépistage



Le cancer est trouvé

Jean sait désormais qu'il a un cancer. Il est suivi médicalement et va peut-être suivre un traitement.



Jean vit jusqu'à 85 ans et meurt d'un infarctus.

Scénario 2

Jean **ne fait pas** de dépistage



Le cancer n'est pas trouvé

Jean ne sait pas qu'il a un cancer. Le cancer n'a pas d'influence sur sa santé.



Dans cette situation, **la durée de vie de Jean est la même**, qu'il ait décidé de faire un dépistage ou non. Un **surdagnostic** est un diagnostic, le plus souvent suivi par un traitement, qui n'apporte pas de bénéfice pour la santé.

Souhais des patients et des citoyens

- Participer activement à la décision \neq désir universel
- Désir d'information... Oui!

« Most patients want to see the road map,
including alternative routes,
even if they don't want to take over the wheel. »

Kravitz & Melnikow BMJ 2001;323:584-5

Je vous remercie de votre attention

Jacques.Cornuz@unisante.ch

