



Date de dépôt : 2 mai 2025

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de Jean-Marc Guinchard, François Erard, Jacques Blondin, Souheil Sayegh, Thierry Arn pour un dépistage précoce du cancer du côlon

Rapport de Pierre Conne (page 4)

Proposition de motion (3076-A)

pour un dépistage précoce du cancer du côlon

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant :

- que le cancer du côlon tue plus de 1650 personnes par an en Suisse ;
- que le cancer du côlon est le deuxième cancer le plus mortel en Suisse après le cancer du poumon¹ ;
- l'incidence du cancer du côlon qui augmente dès l'âge de 40-44 ans et touche déjà plus de 10% de malades à cette tranche d'âge² ;
- le rapport sur la densité médicale suisse de l'OBSAN faisant état d'une couverture en gastroentérologues de 89% pour le canton de Genève³ ;
- que les délais d'attente pour des examens de routine, tels que la coloscopie de dépistage, s'étendent sur plusieurs mois ;
- que l'âge moyen des 30 gastroentérologues genevois installés à Genève est de 53 ans, 12 médecins ayant 60 ans et 8 médecins ayant dépassé l'âge de la retraite ;
- que le ratio praticiens-patients à Genève est similaire au canton du Jura dont la couverture médicale est considérée comme insuffisante ;
- que le cancer du côlon peut être largement évité grâce à des politiques ambitieuses de prévention et à un dépistage précoce systématique,

invite le Conseil d'Etat

- à faire un bilan du programme de dépistage du cancer du côlon, sur la base des résultats des cinq dernières années ;
- à élaborer un plan cantonal visant à promouvoir les examens de dépistage et à réduire les délais d'attente, quelle que soit l'origine de la demande (programme cantonal, prescription médicale ou initiative du patient), afin

¹ Office fédéral de la statistique (OFS), Le cancer en Suisse – Etat des lieux et évolutions, rapport 2021, Neuchâtel, 2021.

² Office fédéral de la statistique (OFS), Service d'information santé, ONEC nouveaux cas, 2023.

³ OBSAN/BSS, Taux de couverture par domaine de spécialisation et par canton d'établissement 2022.

de garantir que ces délais n'entraînent pas de préjudice pour la santé des patients ;

- à augmenter la capacité en matière de dépistage à court et moyen termes, en adaptant, entre autres, le coefficient cantonal dans la clause du besoin pour les spécialistes en gastroentérologie et en explorant la possibilité de former des techniciens spécialisés en coloscopie.

Rapport de Pierre Conne

La proposition de motion 3076 a été traitée par la commission de la santé lors de ses séances des 10 janvier, 7 février, 7, 14 et 28 mars 2025.

La présidence a été assurée par M. Jean-Marc Guinchard.

Après avoir eu la présentation de la motion par son auteur, M. Jean-Marc Guinchard, la commission a auditionné le Prof. Antoine Flahault, directeur de l'Institut de santé globale (UNIGE), le département de la santé et de la mobilité représenté par M. Pierre Maudet et le Prof. Panteleimon Giannakopoulos, la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer représentée par M^{me} Rachel Gerber, directrice, la D^{resse} Ania Wisniak, médecin responsable, et le D^r Bertrand Jacot des Combes, président, le Prof. Jean-Louis Frossard, chef du service de gastroentérologie et d'hépatologie (HUG), et le D^r Michael Drepper, gastroentérologue, président du groupe des gastroentérologues AMGe, accompagné par le D^r Alain Vonlaufen, coprésident de la Société suisse des gastroentérologues et président emeritus du groupe des gastroentérologues genevois.

M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat (DSM), M. Panteleimon Giannakopoulos, directeur de l'office cantonal de la santé, ainsi que M^{me} Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC), ont participé aux travaux de la commission.

Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} Alicia Nguyen et M. Anthony Chenevard.

Nous remercions ces personnes de leur contribution au bon déroulement des travaux de la commission.

Synthèse

Les commissaires ont été unanimes, pendant les travaux et jusqu'à l'adoption des amendements et au vote final, pour considérer que les questions et propositions de cette motion relèvent d'une problématique de santé publique prioritaire.

Bien qu'unanimes, les commissaires proposent la catégorie de débat III afin de donner la possibilité aux groupes de s'exprimer sur ce sujet important.

En résumé, de quoi s'agit-il ?

Le dépistage organisé de manière systématique des cancers colorectaux à l'échelon d'une population permet de réduire la mortalité : détectées

précocement, les lésions précancéreuses ou cancéreuses débutantes peuvent être retirées et l'évolution de la maladie cancéreuse stoppée.

Or, la participation des Genevoises et Genevois invités à se faire dépister n'était que de 22% en 2024.

Les raisons sont multiples et intriquées, c'est le rationnel de la première et de la deuxième invite :

- à faire un bilan du programme de dépistage du cancer du côlon, sur la base des résultats des cinq dernières années ;
- à élaborer un plan cantonal visant à promouvoir les examens de dépistage et à réduire les délais d'attente, quelle que soit l'origine de la demande (programme cantonal, prescription médicale ou initiative du patient), afin de garantir que ces délais n'entraînent pas de préjudice pour la santé des patients.

De plus, le dépistage du cancer ou la confirmation du diagnostic en raison de présence de sang dans les selles (examen appelé FIT) nécessite une coloscopie qui, pour l'heure, ne peut être réalisée que par un médecin spécialisé en gastroentérologie.

Or, nous manquons de gastroentérologues à Genève, en raison de formations insuffisantes aux HUG (« à l'entrée ») et de la clause du besoin (« à la sortie »).

De plus, le champ de compétences des gastroentérologues est très vaste, incluant les pathologies du tube digestif sur toute sa longueur, les maladies hépatiques, les affections des voies biliaires et du pancréas, la nutrition clinique et les urgences digestives. Les gastroentérologues doivent donc pouvoir se consacrer entièrement aux différents besoins médicaux de la population, dans leur domaine de spécialité, et pas se confiner à la pratique de la coloscopie de dépistage.

Pour combler la difficulté de réaliser toutes les coloscopies qui devraient l'être afin de répondre aux besoins du programme de dépistage, il serait intéressant, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres domaines médicaux, de créer une formation comparable à celle des TSO (techniciens de santé opératoire), qui ne sont pas des infirmiers, mais des techniciens spécialisés pour effectuer des gestes d'instrumentation. Dans le cas qui nous intéresse ici : de former des techniciens spécialisés pour effectuer des coloscopies de dépistage.

C'est le rationnel de la troisième invite :

- à augmenter la capacité en matière de dépistage à court et moyen termes, en adaptant, entre autres, le coefficient cantonal dans la clause du besoin

pour les spécialistes en gastroentérologie et en explorant la possibilité de former des techniciens spécialisés en coloscopie.

Présentation de la motion par M. Jean-Marc Guinchard, auteur

M. Guinchard explique que la motion en discussion repose sur deux principales demandes adressées au Conseil d'Etat. La première consiste en une évaluation du programme de dépistage du cancer du côlon mis en place en 2019, et la seconde vise un assouplissement de la clause du besoin imposée aux médecins à Genève, particulièrement pour les gastroentérologues, comme cela avait été fait pour les généralistes et les pédiatres.

M. Guinchard rappelle que le cancer du côlon est la deuxième cause de décès par cancer en Suisse, après le cancer du poumon, avec environ 4500 nouveaux cas diagnostiqués chaque année et 1650 décès. Il souligne que les politiques de dépistage précoce et de prévention permettent de réduire ces chiffres. A Genève, depuis 2019, la Fondation genevoise pour le dépistage des cancers gère un programme de dépistage destiné aux personnes âgées de 50 à 69 ans. Celui-ci offre deux options principales, à savoir le test FIT, qui permet de détecter la présence de sang dans les selles et doit être effectué tous les deux ans, ainsi qu'une coloscopie tous les dix ans, prise en charge à 90%. Il partage son expérience personnelle, expliquant qu'à 71 ans, il ne peut plus bénéficier de ce programme. Il note également que les délais pour obtenir une coloscopie peuvent être longs, ce qui reflète un problème d'accessibilité.

M. Guinchard aborde ensuite la situation des gastroentérologues dans le canton, précisant qu'il y en a actuellement 30, avec un âge moyen de 53 ans. Parmi eux, 12 ont plus de 60 ans et 8 ont dépassé l'âge de la retraite. Il souligne que Genève dispose d'un ratio de gastroentérologues par habitants comparable à celui du Jura, une région considérée comme sous-dotée. En ce qui concerne la clause du besoin, il rappelle qu'elle avait été introduite dans les années 2000 pour réguler le nombre de médecins dans le canton. Toutefois, avec l'évolution de la profession, notamment l'augmentation du travail à temps partiel chez les femmes médecins, la direction de la santé avait déjà assoupli cette clause, permettant à deux médecins travaillant à 50% de remplacer un médecin à plein temps partant à la retraite.

M. Guinchard conclut en mettant en avant le rôle pionnier de Genève dans les politiques de dépistage du cancer du sein et du côlon. Il ajoute que d'autres cantons ont commencé à mettre en place ces moyens de dépistage entre 2020 et 2022.

Questions des commissaires

Un commissaire (PLR) pose une question concrète sur le dépistage, s'interrogeant sur l'existence de formations spécifiques pour des techniciens en endoscopie, habilités à réaliser des examens de dépistage comme les coloscopies. Il note que, dans d'autres domaines, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir une formation complète de médecin pour effectuer certains actes techniques précis. Il se demande si cette pratique se développe en Suisse.

M. Guinchard répond avoir mené des recherches à ce sujet, car il avait également pensé aux techniciens en radiologie médicale, qui sont bien formés. Il s'étonne que ces derniers ne puissent pas fournir des informations directement aux patients et qu'il faille attendre l'interprétation des médecins. Il précise toutefois qu'en Suisse, il n'existe pas de formations spécifiques pour effectuer des coloscopies. Il reconnaît que la coloscopie a mauvaise réputation, les gens n'ayant pas envie de s'y soumettre, comme c'est également le cas pour le dépistage du cancer de la prostate. Il ajoute que, bien que cet examen ait été douloureux par le passé, aujourd'hui, il se déroule sous anesthésie générale, rendant l'expérience plus supportable.

Un commissaire (PLR) poursuit en établissant un parallèle avec le dépistage du cancer du sein, où les mammographies sont réalisées tous les deux ans après 50 ans. Il rappelle que le test FIT est également effectué tous les deux ans, mais il s'étonne que la coloscopie ne soit recommandée que tous les dix ans, ce qui signifie que les patients n'en subissent que deux entre 50 et 69 ans. Il demande si, dans le cadre de cette motion, il ne serait pas pertinent d'envisager un relèvement du plafond pour le dépistage par coloscopie. Il souhaite savoir si cette question est envisagée par la motion.

M. Guinchard rappelle que, bien que les considérants d'une motion ne puissent pas être modifiés, les invites peuvent l'être. Il distingue deux aspects liés au dépistage : si une personne participe au programme officiel et reçoit les courriers réguliers entre 50 et 69 ans, elle aura la possibilité de faire deux coloscopies. Toutefois, si une personne ou son médecin généraliste estime qu'il serait préférable d'en réaliser plus, cela reste possible à titre individuel, sans restriction.

Un commissaire (PLR) comprend qu'il n'y a pas d'autres professionnels en mesure de réaliser cet examen. Il s'intéresse également à la comparaison intercantonale, demandant si d'autres cantons abordent cette problématique différemment ou ont imaginé d'autres solutions.

M. Guinchard répond que plusieurs cantons ont mis en place des programmes de dépistage, notamment Berne, Jura, Neuchâtel, Zurich et Fribourg, mais souvent plus récemment que Genève, entre 2020 et 2022. Il

répète que Genève a été innovant dans ce domaine, et qu'après avoir examiné les pratiques d'autres cantons, il constate peu de différences notables dans l'organisation de ces programmes.

Une commissaire (S) relève que l'activité principale des gastroentérologues ne se limite pas au dépistage du cancer du côlon. Elle demande si une évaluation générale des besoins de la population a été effectuée pour justifier la levée de cette clause pour cette spécialité. Elle souligne également que ces examens ne sont pas urgents et concernent des personnes normalement en bonne santé, se demandant si le fait d'attendre deux à trois mois pour un dépistage est réellement problématique. Elle relève que ça n'a pas de sens scientifiquement de privilégier la coloscopie par rapport au test FIT, ce dernier étant scientifiquement reconnu comme un bon outil de dépistage, économiquement plus avantageux, et qui évite les contraintes matérielles et humaines liées à la coloscopie. Elle demande pourquoi la coloscopie est mise en avant et si cela justifie réellement le besoin d'un plus grand nombre de gastroentérologues.

M. Guinchard répond que le problème qui a été soulevé précédemment, à savoir que deux coloscopies en un peu plus de 20 ans ne garantissent pas toujours une sécurité optimale selon les antécédents, est pertinent. Il précise qu'il ne remet pas en question l'efficacité du test FIT, qui est un bon indicateur. Concernant le nombre de gastroentérologues, il n'a pas demandé la suppression de la clause du besoin, mais son réaménagement. Les besoins non couverts par les gastroentérologues sont mis en évidence par les chiffres de l'Observatoire de la santé, qui montrent que seulement 85% des soins sont couverts par cette spécialité, un pourcentage similaire à celui observé dans le Jura. Cela indique que l'ensemble des besoins n'est manifestement pas couvert.

Une commissaire (S) souligne qu'il y a de nombreux spécialistes en Suisse et qu'une partie des consultations actuellement réalisées par les gastroentérologues pourrait être prise en charge par les médecins de premier recours. Elle exprime sa crainte qu'en élargissant la clause du besoin pour permettre à plus de gastroentérologues de s'installer, cela puisse défavoriser le développement des médecins de premier recours. Elle pense que les gastroentérologues devraient être réservés aux cas nécessitant une expertise spécifique, tandis qu'une grande partie des consultations qu'ils réalisent actuellement relève de la médecine générale. Elle rappelle que 90% des problématiques de santé peuvent être gérées par un médecin généraliste.

M. Guinchard rappelle que, dans sa gestion de la clause du besoin, le département a choisi de donner plus de liberté d'installation aux généralistes et pédiatres. Il n'est toutefois pas certain que cela inclut les gynécologues.

Une commissaire (S) répond que ce n'est pas encore le cas.

M. Guinchard soulève que les généralistes, les pédiatres et les gynécologues sont souvent considérés comme des généralistes dans leur domaine. Il note que certaines femmes ne consultent que leur gynécologue comme médecin principal. Selon lui, la stratégie du département dans la gestion de la clause du besoin repose sur une évaluation régulière des besoins pour déterminer s'il existe ou non un sous-effectif dans une spécialité donnée.

Un commissaire (PLR) demande combien de personnes répondent positivement au courrier envoyé dans le cadre du dépistage, et si ce processus bénéficie d'un bon suivi. Il s'interroge également sur la proportion de patients qui, après leur contrôle, se voient proposer un suivi dans 10 ans ou avant. Enfin, il note que certains cas concernent déjà des individus âgés de 40 à 44 ans et il se demande si le dépistage ne devrait pas commencer dès 40 ans.

M. Guinchard répond qu'il ne peut pas fournir de réponse précise aux deux premières questions, car ces données sont détenues par le département. Il estime cependant qu'en matière de prévention et de dépistage, il est toujours préférable d'agir tôt. Sans vouloir inciter les gens à se soumettre à des tests inutiles, il rappelle que plus un dépistage est précoce, moins les soins ultérieurs seront coûteux. Cela s'inscrit dans une démarche globale de prévention, bien que ce sujet ne soit pas particulièrement attractif pour le public. Il mentionne des exemples comme la réduction de la consommation de sucre, l'arrêt du tabac, ou le dépistage du cancer de la prostate dès 40-45 ans. Il se souvient également d'une intervention de M^{me} Buffat, qui avait demandé à généraliser le dépistage du cancer de la prostate dès 50 ans, mais qui avait été refusée par tous les hommes de l'assemblée.

La présidente informe que certains pays préconisent un dépistage dès l'âge de 45 ans.

Un commissaire (UDC) soulève que la motion est principalement centrée sur le cancer du côlon et les gastroentérologues. Il trouve que la dernière invite, qu'il lit, est plus générale. Il demande si elle ne pourrait pas faire l'objet d'une motion distincte.

M. Guinchard répond que la dernière invite est rédigée de manière prudente et laisse une marge d'interprétation au Conseil d'Etat et au département. Il ne serait pas favorable à une motion demandant la suppression complète de cette clause, car elle joue un rôle en valorisant le travail des médecins de premier recours et en permettant une évaluation régulière de sa pertinence. Il souligne que les besoins, les patientèles et les maladies évoluent, et qu'il ne serait donc pas judicieux de proposer un assouplissement total de la clause du besoin.

Un commissaire (UDC) demande si la dernière invite a sa place dans cette motion, cette dernière étant très spécifique au dépistage du cancer du côlon. Il se demande également si d'autres spécialités devraient être réexaminées en ce qui concerne la clause du besoin.

M. Guinchard estime que cette invite a bien sa place dans la motion. Il explique qu'il s'est basé sur deux éléments pour la rédiger : d'une part, la difficulté à répondre aux demandes des patients, que peuvent confirmer les associations de gastroentérologues, et, d'autre part, les chiffres de l'Observatoire de la santé, qui montrent un sous-effectif de gastroentérologues à Genève.

Un commissaire (UDC) soulève que cette question est déjà abordée par la quatrième invite qu'il lit.

Un commissaire (LJS) est d'avis qu'il faut être effectif dans le cadre du dépistage, notamment pour le cancer du côlon, où des vies peuvent être sauvées. Il aborde ensuite la question des techniciens, en précisant que la situation est différente pour les coloscopies, car un acte médical est réalisé en cas de détection de polypes. Il rejoint le commissaire (PLR) sur la nécessité de revoir les limites d'âge du programme de dépistage et suggère de consulter les spécialistes à ce sujet. Il ajoute que le département est sur le point de finaliser la planification de la clause du besoin.

M. Giannakopoulos mentionne une question clé concernant les besoins de la population. Il évoque ensuite les taux de couverture par rapport à la moyenne nationale, ainsi que les facteurs de pondération pour chaque discipline. Il précise qu'il est vrai que, pour les gastroentérologues, la situation est une exception, car le taux de couverture à Genève n'est pas plus élevé que dans le reste de la Suisse, contrairement à d'autres spécialités. Il note que cette motion, qui touche à la clause du besoin, et la question du temps maximal autorisé pour facturer à l'assurance seront discutés. Il poursuit en rappelant que, bien que l'on parle ici des médecins, la limitation de l'accès à la facturation AOS concerne également d'autres professions, comme les psychologues. Cela amène à une discussion plus large. Il conclut en disant que les gastroentérologues bénéficient d'une exception relativement favorable, mais que ce n'est pas le cas pour la plupart des autres disciplines.

Un commissaire (MCG) indique avoir consulté la planification sanitaire 2020-2023, qui mentionne que le nombre de gastroentérologues prévu est de 29, un chiffre qui, selon le document, ne devrait pas diminuer et correspondrait aux besoins de l'époque. Il précise avoir compris que ce que M. Guinchard disait, c'est qu'un certain nombre de médecins gastroentérologues allaient

partir à la retraite. Il se demande toutefois si ce chiffre a été calculé de manière spécifique.

M. Guinchard répond que ce chiffre a effectivement été pris en compte et qu'il sera traité dans cette commission.

Un commissaire (MCG) demande si, lors de la discussion sur la planification sanitaire, il serait possible d'avoir une discussion parallèle sur l'objet de cette motion, afin de vérifier si les chiffres ont été évalués correctement.

M. Guinchard relève que ce qui est intéressant dans cette discussion c'est la position du directeur, qui a précisé que les gastroentérologues constituaient une exception par rapport aux autres spécialités.

Audition du Prof. Antoine Flahault, directeur de l'Institut de santé globale (ISG, UNIGE)

M. Flahault se dit naturellement favorable à un dépistage précoce du cancer colorectal. Il reconnaît que cette maladie est probablement sous-diagnostiquée et prise en charge trop tardivement à Genève, comme ailleurs en Europe. Ce cancer représente la troisième cause de mortalité par cancer. Il précise qu'il est actuellement directeur par intérim du Registre genevois des tumeurs et dispose d'un accès privilégié aux données de ce registre. Il rappelle que le dépistage précoce sauve des vies et prolonge la durée de vie en bonne santé, ce qui n'est pas forcément le cas pour d'autres pathologies.

M. Flahault avoue ne pas avoir bien compris la troisième invite de la motion, qu'il lit à voix haute, mais estime que ce n'est pas un élément fondamental.

M. Flahault reprend les chiffres mentionnés dans la motion, concernant la disponibilité des gastroentérologues, et informe que Genève compte 30 gastroentérologues pour 524 379 habitants en 2023, soit un ratio de 5,7 praticiens pour 100 000 habitants. A titre de comparaison, le canton de Vaud est à 4, la France à 5,6, les Etats-Unis à 5,6 et le Royaume-Uni à 2,6. Genève n'est donc pas sous-doté, mais il est vrai que la structure démographique impose de préparer la relève. Il relève également une phrase dans les éléments de contexte de la motion, qui suggère que le cancer du côlon peut être évité grâce à une politique de prévention ambitieuse. Il confirme que cela est scientifiquement prouvé, mais précise que le dépistage ne permet pas d'éviter le cancer, il ne fait que le détecter plus tôt. C'est cette prise en charge précoce qui réduit la gravité des cas détectés.

M. Flahault approuve, en ce qui concerne les solutions proposées par la motion, l'idée de faire un bilan du programme de dépistage sur cinq ans. Il

suppose que l'objectif est de produire un rapport similaire à celui réalisé par Unisanté pour le canton de Vaud, qui s'est révélé très instructif.

M. Flahault mentionne les données du canton de Vaud : pour une population de 846 000 habitants et 36 gastroentérologues, 53 000 invitations au dépistage ont été envoyées, entraînant 6191 tests réalisés, soit un taux de participation de 20%, bien inférieur à l'objectif de 45%. Les tests FIT ont permis de diagnostiquer 11 cancers, et 4456 coloscopies ont détecté 19 cancers. Il souligne que le nombre de tests FIT et de coloscopies est comparable. En 2020, 130 coloscopies ont été réalisées par gastroentérologue dans le canton de Vaud. Il estime que ces données permettent d'extrapoler les attentes pour Genève. Les délais de dépistage lui paraissent longs : ils sont de sept mois dans le canton de Vaud, et la principale attente concerne l'obtention d'un rendez-vous avec un gastroentérologue.

M. Flahault explique que le taux de détection varie selon l'âge : il est de 3 pour 1000 à 50 ans, mais grimpe à 9,3 pour 1000 entre 65 et 69 ans. Concernant les complications, la perforation intestinale, qui est un effet secondaire grave, survient dans 1 cas pour 3300 coloscopies, ce qui reste rare. Il partage les recommandations du canton de Vaud : privilégier le test FIT pour éviter la saturation des coloscopies, mieux organiser les coloscopies diagnostiques et sensibiliser davantage le public. En complément, il propose de renforcer la prévention. Il rappelle que les principaux facteurs de risque sont l'alimentation transformée, la viande rouge, l'alcool, le tabac et la sédentarité. Enfin, il suggère d'adopter un test FIT annuel plutôt que tous les deux ans, à l'instar des recommandations américaines, et de limiter les coloscopies aux cas réellement nécessaires. Selon lui, un suivi annuel est plus facile à intégrer dans les habitudes des patients et permettrait une meilleure prévention.

Questions des commissaires

Une commissaire (Ve) demande si le test FIT est aussi efficace que la coloscopie de dépistage pour détecter les polypes et les lésions précancéreuses.

M. Flahault répond que non, le FIT est nettement moins performant que la coloscopie pour repérer les polypes. Cette dernière est bien plus sensible et détecte mieux ces lésions. Toutefois, concernant le diagnostic du cancer, les rapports lausannois et genevois ne permettent pas encore de trancher sur la supériorité de l'un ou l'autre test. Il explique que les études actuelles ne disposent pas d'assez de puissance statistique pour démontrer une différence significative. De grandes études impliquant un large nombre de patients sont en cours et devraient apporter des réponses plus précises. Selon lui, lorsque les résultats sont difficiles à établir, cela signifie souvent que la différence entre

les deux méthodes n'est pas très grande. Il pense que la coloscopie est légèrement supérieure, mais qu'elle est moins bien acceptée par la population. En Europe, la plupart des programmes de dépistage privilégient le FIT, car il est mieux accepté que la coloscopie, même si cette dernière reste plus efficace, notamment pour détecter les polypes.

Une commissaire (Ve) demande quel est l'impact du dépistage sur la mortalité.

M. Flahault répond que, pour évaluer cet impact, il faut prendre en compte l'ensemble des causes de décès, y compris la faible mortalité directement liée à l'examen lui-même. A ce jour, aucune étude n'a démontré une différence significative de mortalité entre le FIT et la coloscopie.

Une commissaire (Ve) souligne l'augmentation des cas de cancers colorectaux chez des patients de plus en plus jeunes et demande s'il serait pertinent de commencer le dépistage dès 45 ans.

M. Flahault mentionne un rapport français mettant en évidence une hausse des cancers du côlon chez les moins de 45 ans. Il suppose que la Suisse connaît un phénomène similaire, bien que ses causes restent inconnues. Si ces tendances se confirment en Suisse, cela pourrait justifier un dépistage plus précoce. Actuellement, les campagnes de dépistage s'adressent aux personnes de 50 à 69 ans. Il estime toutefois qu'il faut rester prudent. Il rappelle que dans d'autres cancers, comme celui du sein, un dépistage trop généralisé, sans preuve scientifique solide, peut engendrer plus d'inconvénients que de bénéfices. Il recommande donc d'attendre des preuves tangibles avant d'abaisser l'âge du dépistage.

Une commissaire (S) revient sur la motion, qui établit un lien entre les délais pour accéder à une coloscopie de dépistage et le nombre de gastroentérologues disponibles. En se basant sur les chiffres du canton de Vaud, elle comprend que le délai le plus long concerne la période entre l'invitation et l'inclusion dans le programme de dépistage, et non entre l'inclusion et la réalisation de la coloscopie.

M. Flahault confirme.

Une commissaire (S) demande donc si, au vu de ces constats, la nécessité d'un accès plus rapide aux coloscopies justifierait une augmentation du nombre de gastroentérologues. Elle souligne que la coloscopie de dépistage n'est qu'une partie de leur activité et que la motion lie directement ces deux éléments.

M. Flahault reconnaît qu'il ne s'est pas prononcé sur la question de l'augmentation du nombre de gastroentérologues. Il explique que Genève dispose de 30 gastroentérologues, ce qui représente une capacité de réalisation

d'un certain nombre de coloscopies par an. Cependant, n'ayant pas d'indicateur précis sur leur productivité, il peine à évaluer si cette capacité est suffisante. Deux solutions existent : soit augmenter le nombre de gastroentérologues, soit réduire le recours à la coloscopie en favorisant le FIT. A titre personnel, il préconise de limiter les coloscopies aux cas nécessaires et de privilégier le FIT.

Un commissaire (PLR) relève que 20% de la population participe au dépistage par coloscopie et il suppose que ces 20% incluent une proportion plus importante de personnes à risque. Il s'interroge sur l'efficacité du système de dépistage et demande s'il ne serait pas préférable de mieux sensibiliser les médecins généralistes. Il suggère d'inciter plus fortement, voire d'imposer une coloscopie aux patients présentant des facteurs de risque, comme le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool, et de débiter le dépistage dès 45 ans pour ces populations.

M. Flahault souligne que le faible taux de participation au dépistage et les inégalités sociales sont deux problèmes majeurs observés partout. Il indique que les femmes sont généralement plus enclines à la prévention que les hommes et que la prévention fonctionne mieux chez les populations les plus instruites et les plus aisées. L'idéal serait évidemment que tout le monde bénéficie d'une meilleure éducation et d'un revenu plus élevé. Cependant, il exprime des réserves quant à la stratégie consistant à cibler uniquement les populations à risque au détriment d'un dépistage généralisé. Bien que certains facteurs, comme ceux évoqués par le commissaire (PLR), augmentent effectivement le risque de cancer colorectal, ils ne concernent qu'une partie des cas. De nombreuses personnes développent un cancer du côlon sans présenter ces facteurs. Restreindre le dépistage aux populations à risque reviendrait donc à priver une partie de la population d'un diagnostic précoce.

M. Flahault ajoute qu'en pratique, il voit mal comment contraindre certaines personnes à réaliser une coloscopie. Selon lui, la solution passe plutôt par une meilleure sensibilisation et une communication plus engageante, ce qui relèverait de la responsabilité des autorités publiques.

M. Flahault rappelle que la coloscopie est une procédure invasive souvent mal acceptée par les patients, tandis que le FIT, bien que légèrement moins performant, est plus simple à réaliser et respecte l'intimité. L'objectif serait donc d'améliorer les taux de participation au dépistage, qui atteignent à peine 20% dans le canton de Vaud, alors que l'optimum international est de 65%. Il insiste sur le fait que le cancer colorectal est une pathologie qui, lorsqu'elle est détectée trop tard, entraîne une mortalité élevée (35%) ainsi qu'une forte altération de la qualité de vie. Il estime que des efforts importants doivent être faits dans ce domaine.

M. Flahault souligne finalement que certaines caisses d'assurance-maladie en France proposent des options préférentielles pour le dépistage, ciblant spécifiquement certaines populations, tout en conservant un accès généralisé pour le reste de la population. Il se dit favorable à une approche incitative, où certaines catégories de la population seraient particulièrement encouragées à se faire dépister, mais il s'oppose à toute forme d'obligation. Il considère qu'une première étape serait de renforcer la communication et d'adopter une approche proactive pour inciter davantage de personnes à participer au dépistage.

Un commissaire (S) demande, par rapport au nombre de personnes dans le canton de Vaud, s'il s'agit uniquement de celles qui ont répondu aux convocations du programme de dépistage, ou si cela inclut également celles adressées directement par leur médecin, qui ne répondent pas aux invitations, mais réalisent tout de même une coloscopie.

M. Flahault précise que les chiffres dont il a parlé concernent les invitations envoyées dans le cadre du programme de dépistage. Il reconnaît que les patients adressés directement par leur médecin s'ajoutent à ces chiffres, mais leur nombre est inférieur à celui des participants invités par le programme.

Un commissaire (S) demande ensuite si les résultats des coloscopies réalisées hors programme sont également intégrés au registre.

M. Flahault répond que tous les résultats, y compris ceux qu'il a mentionnés, sont généralement reportés dans le registre. Il estime qu'il serait intéressant d'examiner le rapport en détail pour analyser les éventuelles différences, mais il ne s'attend pas à des écarts significatifs.

Audition de M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat, DSM

M. Maudet rappelle que, ce mercredi 5 mars, le Conseil d'Etat a transmis au Grand Conseil le PL 13602 attribuant à la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer une aide financière d'un montant total de 6 886 115 francs pour les années 2025 à 2028. Il invite la commission à lire l'exposé des motifs, bien rédigé et intéressant, car il pose la question de la pertinence du dépistage de certains types de cancer par opposition à d'autres et parce qu'il ouvre également des perspectives sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui représente un élément important dans le champ de la prévention, selon la littérature scientifique récente. Surtout, ce PL s'inscrit dans un contexte de diminution importante, de plusieurs millions, du budget alloué à la prévention par l'OFSP, décidé dans le cadre de programmes d'allègement budgétaire. M. Maudet fait part des préoccupations exprimées la veille lors de la Conférence des directeurs de la santé (CDS), pour qui il s'agit à la fois d'une

hérésie et d'un scandale. Un scandale, car c'est un apport de charge sur les cantons, et une hérésie, car la démonstration a été faite, précisément lorsqu'on parle de dépistage de cancer, qu'une intervention précoce permet d'effectuer des économies de fonds publics. Ses collègues de la CDS et lui-même se disent plutôt choqués de ces décisions prises, semble-t-il, de façon anticipée par la Confédération. Un article du Temps du samedi 1^{er} mars relate les domaines dans lesquels ces économies de prévention seront effectuées ainsi que les postes supprimés. M. Maudet déclare qu'il accueillera avec bienveillance toute motion qui appuierait les efforts déployés par son département. De manière générale, des réflexions au sein de l'OCS sont menées sur la capacité de la Fondation à étendre les dépistages à d'autres domaines d'activité que ceux du cancer du sein et du cancer du côlon. Un travail se fait en étroite collaboration avec le département d'oncologie des HUG et M. Maudet recommanderait l'audition du chef de ce département, le Dr Olivier Michielin, si la commission souhaitait effectuer une audition intéressante dans ce domaine. Ce dernier, vaudois d'origine arrivé à Genève il y a quelques années, développe, notamment avec l'IA, des technologies extrêmement intéressantes afin de modéliser et de personnaliser les traitements oncologiques. D'une manière plus générale, son audition serait également intéressante afin de discuter des coûts et de l'ampleur que va prendre la lutte contre le cancer à l'avenir, sachant que l'on en meurt de moins en moins, mais que le nombre de cas est en augmentation, ce qui implique notamment un triplement des surfaces hospitalières dédiées à l'oncologie.

M. Giannakopoulos indique que, selon la démographie médicale, la réflexion se poursuit par rapport à la possibilité, dans certaines disciplines et compte tenu des taux maximaux à Genève, d'une installation de gastroentérologues afin d'effectuer davantage de coloscopies. Le problème actuel est double, avec, d'un côté, la rareté des postes de relève pour former des gastroentérologues, dont lui a notamment fait part le Pr Jean-Louis Frossard, s'agissant d'une discipline où la moyenne d'âge est élevée. Le taux de couverture fédéral est de 84% dans cette discipline, ce qui signifie une relative sous-couverture compte tenu du vieillissement démographique. M. Giannakopoulos attire l'attention de la commission sur le fait qu'il faudra néanmoins commencer à former et il estime qu'il ne faudrait pas trop tordre le jugement sur la démographie médicale à travers des facteurs de pondération. Dans certaines disciplines, la perception des besoins est subjective, mais les chiffres ne suivent pas. Il s'agira donc d'avoir une discussion avec l'AMGE afin de savoir comment effectuer une pondération qui tienne compte de ce sentiment subjectif. Il recommande l'audition du Pr Frossard et la création de postes de formation en gastroentérologie.

Questions des commissaires

Le président relève que ces derniers temps le cancer se soigne en effet mieux, mais que les malades sont atteints à un plus jeune âge qu'auparavant, ce qui représente une évolution inquiétante.

Une commissaire (Ve) demande si la possibilité d'augmenter l'usage des tests FIT, pour le dépistage du cancer du côlon, fait aussi partie des réflexions.

M. Giannakopoulos explique qu'il s'agit d'un autre volet, pour lequel des campagnes centrées sur la prévention et le FIT sont en effet prévues.

Une commissaire (Ve) demande pourquoi il existe un tel problème de formation de gastroentérologues.

M. Giannakopoulos reconnaît qu'il s'agit d'une bonne question. Cela concerne principalement la distribution des postes de formation. Traditionnellement, dans un hôpital universitaire, la plupart des postes de formation concernent la médecine interne générale et les spécialistes y sont beaucoup moins nombreux. Depuis longtemps, une lutte existe en médecine interne entre le généraliste et les spécialistes et le cancer du côlon en est un très bon exemple puisqu'il s'agit d'une question de santé publique, mais que parallèlement les actes coûtent cher. Il est néanmoins nécessaire de réajuster aujourd'hui la balance pour permettre une formation supplémentaire de spécialistes dont Genève aura besoin dans les années à venir.

Un commissaire (PLR) relève que le gastroentérologue est un spécialiste de toute la sphère digestive, de la nutrition et du métabolisme, etc., tandis que le besoin porte simplement sur des techniciens capables d'effectuer une endoscopie. Il se demande pourquoi ne pas ouvrir des voies de formation, soit pour des techniciens médicaux, comme cela se fait en cardiologie, soit dans le cadre des filières d'études infirmières, étant entendu que cela ne peut se faire en l'absence complète d'un spécialiste, au cas où une pathologie particulière était diagnostiquée. Il note en revanche que la grande majorité des coloscopies sont heureusement négatives et il demande s'il ne faudrait donc pas « rompre une lance » et ouvrir une voie de formation pour des techniciens spécialistes, plutôt que des gastroentérologues.

M. Giannakopoulos répond qu'il s'agit d'une question fondamentale, très complexe, qu'il faudrait aborder avec le D^r Frossard. Il s'agit aussi d'une question de responsabilité, par rapport notamment à de possibles complications suite à l'acte médical. Pour cette raison, dans d'autres pays, l'acte n'est pas délégué, puisque des risques non négligeables sont à considérer.

Le président estime que la proposition est intéressante, mais note qu'il ne faut pas négliger le temps nécessaire pour mettre en place une formation.

Un commissaire (PLR) estime que, si le canton finançait une formation, cela ouvrirait le champ des possibilités.

M. Maudet dit ne pas être certain que le canton finance une telle formation, qui impliquerait plutôt les HES, soit à un niveau multicantonal. Il s'agirait donc de se mettre d'accord sur la formation, et non seulement sur qui la financerait. Il concède néanmoins que la question du commissaire (PLR) est pertinente.

Un commissaire (UDC) relève que la clause du besoin est levée par exemple pour la médecine interne générale ou la pédiatrie et demande si le DSM a la possibilité de la lever pour d'autres spécialités. Il note par ailleurs que la motion est très orientée sur la gastroentérologie et s'interroge sur la pertinence de la dernière invite.

M. Maudet rappelle que le DSM effectuera une audition importante devant cette commission le 28 mars prochain, au sujet du projet de loi déposé par le Conseil d'Etat dans le but de transcrire la loi fédérale qui fonde la clause du besoin. Cette audition permettra de présenter ce qui va se faire à partir du 1^{er} juillet 2025, date à laquelle cette clause du besoin sera généralisée en Suisse. Il estime que l'invite en question est totalement pertinente, car une analyse précise est nécessaire. Il propose néanmoins de ne pas trop entrer en détail sur ce point, car l'audition en question permettra de s'y consacrer.

Audition de M^{me} Rachel Gerber, directrice de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer, de la D^{resse} Ania Wisniak, médecin responsable de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer, et du D^r Bertrand Jacot des Combes, président de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer

M. Jacot des Combes souligne l'importance de cet objet pour la fondation. Il propose d'en faire un bref survol en partageant quelques informations sur le contenu de la motion avant de répondre aux questions.

M^{me} Wisniak rappelle que le programme de dépistage du cancer du côlon a été mis en place en 2019. A ce jour, toutes les personnes éligibles, âgées de 50 à 69 ans, ont déjà été invitées une première fois à participer au dépistage, avec le choix entre deux options : le test FIT, réalisable à domicile, ou la coloscopie, effectuée par un gastroentérologue agréé. A ce jour, plus de 30 000 personnes ont été dépistées, dont un peu plus de la moitié par coloscopie.

M^{me} Wisniak précise qu'un des aspects abordés dans la motion concerne l'évaluation du programme. Cette analyse approfondie des impacts n'a pas encore été réalisée, mais elle est prévue au niveau national et sera menée par l'Université. Dans le canton de Vaud, elle couvrira l'ensemble des cantons suisses

ayant mis en place un programme de dépistage. Genève fera partie de la phase pilote qui débutera cette année. En attendant, un suivi annuel des activités du programme est effectué. Jusqu'à présent, 68 cancers ont été détectés. Ce chiffre peut sembler faible, mais le dépistage du cancer colorectal vise avant tout à identifier les lésions précancéreuses, qui se chiffrent à plus de 5000. Parmi ces adénomes, environ 5% évolueraient vers un cancer. Les estimations indiquent que le programme a permis de prévenir environ 350 cancers dans la population genevoise depuis son lancement.

M. Jacot des Combes insiste sur l'importance de la notion de lésions précancéreuses. Il rappelle que le dépistage ne cible pas uniquement le cancer, mais surtout les anomalies susceptibles d'évoluer en tumeur maligne. Cette transformation est un processus très lent, s'étalant sur 10 à 15 ans entre l'apparition des adénomes et le développement du cancer. Le programme permet donc d'intervenir en amont, assurant ainsi une guérison totale lorsqu'un traitement est appliqué immédiatement sur ces lésions.

M^{me} Gerber exprime deux préoccupations majeures et une inquiétude liée à la motion, sur la base des statistiques de la fondation. Elle relève qu'en 2023 et 2024, environ 35% à 36% des coloscopies ont été effectuées avec un délai supérieur à six mois. Sa deuxième préoccupation, plus importante encore, concerne le non-respect des recommandations nationales : lorsqu'un test FIT est positif, la coloscopie devrait être réalisée sous deux mois, mais ce délai est souvent dépassé. Enfin, elle s'inquiète pour les années à venir, car un tiers des gastroentérologues partiront à la retraite d'ici cinq ans, ce qui risque d'accentuer encore le manque de spécialistes à court et moyen terme.

Questions des commissaires

Une commissaire (S) revient sur la motion qui plaide pour un dépistage plus précoce du cancer du côlon et met l'accent sur le rôle des gastroentérologues. Elle souligne que le test FIT est plus facilement accessible et se demande s'il ne faudrait pas encourager davantage son utilisation en première intention afin d'optimiser la mise en œuvre du dépistage.

M. Jacot des Combes souligne que cette question est essentielle et que des données scientifiques sont en cours de collecte pour y répondre de manière rigoureuse. Le problème vient du fait que les études internationales montrent que la coloscopie est probablement légèrement plus efficace que le test FIT. Cependant, dans les pays où le taux de dépistage est faible, l'usage du FIT permet d'augmenter considérablement la participation, ce qui compense légèrement sa moindre efficacité. A Genève, avant même l'introduction du programme de dépistage du cancer du côlon, 6% de la population réalisait déjà

une coloscopie, ce qui représente un taux élevé. Aujourd'hui, encourager davantage l'usage du FIT est une question complexe, car il manque encore de données scientifiques solides pour le justifier pleinement. Une étude espagnole menée il y a dix ans devait fournir un suivi après une décennie, mais les résultats ne sont toujours pas publiés, ce qui soulève des doutes. Une étude en cours, initiée par l'Université de Lausanne et à laquelle la fondation participe, vise à évaluer la possibilité d'augmenter le recours au FIT à un niveau équivalent à celui des coloscopies. Il précise que certaines personnes présentent un faible risque, notamment celles qui entrent dans le programme à 50 ans, âge où le risque est encore relativement bas. Dans ces cas-là, le FIT pourrait potentiellement être aussi efficace que la coloscopie, mais cela reste à confirmer. En attendant, il ne peut pas recommander officiellement un basculement vers le FIT. Il rappelle toutefois que, dans certains cantons où les gastroentérologues sont peu nombreux, le FIT est largement utilisé par défaut.

Une commissaire (MCG) revient sur le chiffre des 30 000 dépistages réalisés et demande combien de personnes sont concernées dans la tranche d'âge 50-69 ans. Elle souhaite également savoir combien ont répondu à l'appel après réception du courrier de la fondation.

M^{me} Wisniak précise que les 5000 lésions précancéreuses détectées ne comprennent pas tous les polypes, mais uniquement ceux ayant atteint un certain grade de dysplasie, c'est-à-dire des modifications cellulaires indiquant un état précancéreux. Même à ce stade, la transformation en cancer n'est pas systématique, mais le risque est accru. Si l'on prend en compte tous les adénomes dépistés, on dépasse les 7000 cas. Parmi ces 6000 lésions, environ 5% auraient évolué en cancer, ce qui correspond aux 350 cancers évités grâce au programme.

M^{me} Wisniak rappelle, concernant la participation, qu'elle était très basse au début du programme. En 2024, elle atteint 22%, un taux encore insuffisant. Des efforts sont en cours pour l'améliorer, notamment en optimisant la communication et en facilitant l'accès au test FIT, par exemple en permettant aux personnes de le commander directement à domicile.

Un commissaire (PLR) demande si la notion de détection précoce du cancer ne devrait pas prendre en compte les antécédents familiaux et les facteurs de risque avérés afin d'orienter les patients vers le test FIT ou la coloscopie, étant donné qu'il ne s'agit pas de la même population.

M^{me} Wisniak confirme que cette approche est précisément celle étudiée par l'Université de Lausanne. L'objectif est d'évaluer le risque individuel en fonction des antécédents familiaux, des résultats des tests FIT précédents, des antécédents personnels et d'autres facteurs pour établir un score de risque. Les

personnes présentant un faible risque seraient orientées vers le test FIT, tout en conservant la possibilité d'opter pour une coloscopie. En revanche, celles dont le risque dépasse 5% se verraient recommander la coloscopie en première intention. Une étude pilote menée à Lausanne a montré que ce modèle permettait d'optimiser la répartition des examens en fonction du niveau de risque, réduisant ainsi le nombre de coloscopies inutiles tout en maintenant le taux de détection des adénomes avancés. L'étude se déroule sur une période de quatre ans et, pour l'instant, il est nécessaire d'attendre ses conclusions avant d'envisager une application à grande échelle.

M. Jacot des Combes précise qu'il existe des analyses sanguines permettant d'affiner l'évaluation du risque. Ce domaine est en pleine évolution, et bien que les résultats actuels soient ceux présentés aujourd'hui, le discours pourrait être différent dans quelques années avec l'émergence de nouvelles méthodes. Il ajoute qu'actuellement, les personnes considérées comme à haut risque, c'est-à-dire celles ayant un antécédent familial de cancer du côlon au premier degré, sont directement orientées vers une coloscopie. Quant aux personnes présentant un risque très élevé en raison d'une anomalie génétique, leur suivi est assuré par les gastroentérologues, en dehors du programme de dépistage. Il s'agit généralement de patients déjà connus des services médicaux.

Un commissaire (S) revient sur les 68 cas de cancer détectés et rappelle que la motion mentionne 1665 décès annuels dus au cancer du côlon. Il souhaite savoir quel est l'impact des tests de dépistage sur le taux de guérison des patients atteints de cette maladie.

M^{me} Wisniak explique que la mission de la fondation s'arrête au stade du dépistage. Une fois la pathologie identifiée, la fondation veille à ce que la personne soit prise en charge par les soignants compétents. Toutefois, elle ne suit pas l'évolution des traitements ni leur issue, ce rôle étant dévolu au Registre genevois des tumeurs. La fondation collabore avec ce dernier, mais ne dispose pas de données précises sur l'impact du dépistage sur la mortalité des 68 cancers détectés. En revanche, concernant les lésions précancéreuses identifiées, les patients bénéficient d'un suivi plus régulier par leur médecin, ce qui garantit presque systématiquement une prise en charge efficace et réduit considérablement le risque de décès.

M. Jacot des Combes ajoute que le dépistage permet de réduire la mortalité par cancer du côlon de moitié par rapport aux cas non dépistés, ce qui constitue un résultat remarquable, rare dans d'autres domaines médicaux.

Un commissaire (S) évoque l'invite 5 de la motion, qui met en lumière la longueur des délais d'attente. Il demande si ces délais sont acceptables ou s'ils devraient être réduits en cas de moyens supplémentaires.

M. Jacot des Combes reconnaît que les délais sont longs et risquent de s'allonger encore en raison du nombre limité de gastroentérologues. Il souligne que la fondation entretient d'excellentes relations avec ces spécialistes, qui s'efforcent de traiter en priorité les patients ayant obtenu un test FIT positif, afin de réaliser une coloscopie dans les plus brefs délais et ainsi de limiter les risques. Toutefois, pour les personnes atteignant 50 ans et souhaitant réaliser une coloscopie de dépistage, le délai recommandé est d'environ trois mois selon les standards internationaux.

M^{me} Wisniak précise que cette recommandation s'applique après un test FIT positif.

M. Jacot des Combes rappelle que le risque est plus faible chez les jeunes patients.

Un commissaire (PLR) souligne que la motion cherche à concilier un dépistage aussi large que possible avec la contrainte du nombre limité de gastroentérologues. Il s'interroge sur les marges d'amélioration envisageables avec les ressources actuelles. Il souhaite savoir si les priorités des gastroentérologues en cabinet privé sont bien définies et si une meilleure organisation permettrait d'optimiser le processus. Il imagine qu'un équilibre est à trouver.

M. Jacot des Combes répond que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, il n'existe aucune différence tarifaire pour les gastroentérologues entre les coloscopies réalisées dans le cadre du programme de dépistage et celles effectuées en dehors. Il n'y a donc pas d'incitation financière à privilégier l'une ou l'autre. A sa connaissance, la majorité des spécialistes exercent dans le cadre du programme. Le problème est en réalité inverse : les gastroentérologues consacrent une grande partie de leur temps aux coloscopies, ce qui engendre des difficultés pour les patients nécessitant une consultation pour d'autres pathologies. L'accès à ces spécialistes pour un avis médical en dehors du dépistage devient alors compliqué. Il regrette cette situation, qui limite l'exploitation de l'expertise des gastroentérologues au-delà des coloscopies. Concernant la collaboration avec l'hôpital, il reconnaît que celle-ci est plus difficile. Bien que l'hôpital ait initialement promis de prendre en charge un grand nombre de cas, dans la pratique, il n'intervient pas du tout dans le programme de dépistage, ce qui représente un défi pour la fondation. L'implication de l'hôpital aurait pourtant permis d'améliorer la situation. Il conclut en soulignant que la surcharge des gastroentérologues rend quasi impossible la prise en charge des urgences en cabinet privé, obligeant les patients concernés à se tourner vers l'hôpital.

Audition du Prof. Jean-Louis Frossard, chef du service de gastroentérologie et d'hépatologie (HUG)

M. Frossard est un fervent militant du dépistage précoce du cancer du côlon. Il a eu l'honneur d'initier ce dépistage au niveau national avec le Conseil national privé en 2014. Genève a pris du retard et a mis en place ce dépistage seulement en 2019. Le canton a rencontré des difficultés pour mettre en place ce dépistage en raison du faible nombre de praticiens capables de réaliser le vrai travail. Sur les 30 praticiens impliqués, 8 sont âgés de plus de 65 ans et ne travaillent pas à 100%.

M. Frossard poursuit qu'il y a aussi la possibilité d'établir un partenariat avec la Fondation de dépistage, qui propose deux modalités de dépistage aux citoyens genevois : la méthode FIT, principalement pratiquée par les médecins de famille et les pharmacies, dont 80 sont affiliées à ce programme, et la coloscopie, réalisée par les 30 gastroentérologues du canton. Il regrette cependant que le délai d'attente pour une coloscopie soit actuellement inacceptable. En effet, entre la demande et la réalisation de l'examen, il peut y avoir jusqu'à 18 mois d'attente, ce qui est problématique.

M. Frossard relève qu'une discussion interne avec la Fondation de dépistage a permis de constater qu'il est nécessaire de mobiliser davantage de professionnels et peut-être de modifier la clause du besoin. Il s'agit d'une question de politique de dépistage, qui est d'une grande importance. A ses yeux, le taux de couverture actuel, de 89%, est insuffisant. Trois gastroentérologues sont en attente d'une décision politique pour ouvrir un cabinet, mais le nombre de praticiens reste insuffisant. Si effectivement 8 gastroentérologues sont proches de la retraite, il prévoit que les modalités de financement deviendront complexes. Le risque est de se retrouver avec une pénurie de praticiens capables de réaliser des coloscopies de dépistage, et, dans ce cas, les délais d'attente pourraient atteindre 24 à 36 mois, ce qui n'a plus de sens.

M. Frossard souligne qu'il existe des fonds pour le dépistage, et qu'il est crucial de les utiliser afin que les citoyens genevois puissent en bénéficier. Il insiste sur la nécessité d'offrir plus de formations dans ce domaine. Il apprécie beaucoup ce texte et partage l'avis des signataires.

Questions des commissaires

Le président demande si les gastroentérologues des HUG participent au programme de dépistage.

M. Frossard répond par l'affirmative, en précisant que c'est bien une des missions de l'hôpital, bien que marginale. L'objectif principal reste de former

des médecins capables de réaliser ces gestes en ville. Il ajoute que, selon le règlement, seuls les médecins FMH en spécialisation gastroentérologie peuvent facturer à la charge de l'AOS. Toutefois, tous les gastroentérologues ne sont pas FMH, certains étant encore en formation, ce qui implique un délai de trois ans au minimum avant de pouvoir facturer.

Un commissaire (PLR) demande pourquoi ne pas former des techniciens spécialisés en coloscopie. Il souligne que la mission des HUG est de former des gastroentérologues, et non des « endoscopes », car les gastroentérologues ont une expertise plus large qui dépasse la simple réalisation de coloscopies, en traitant également d'autres pathologies.

M. Frossard est favorable à la délégation de cette tâche au personnel infirmier, mais il se heurte à la frilosité de la direction des soins, qui craint des dérives juridiques. Il mentionne le modèle britannique, qui forme des « nurses » capables de réaliser des coloscopies de grande qualité. Il est convaincu qu'il est nécessaire de développer cette approche à Genève. Selon lui, le système actuel est trop cloisonné, avec une communication trop faible.

Un commissaire (PLR) se demande dans quelle mesure il serait possible d'avoir des personnes formées spécifiquement en coloscopie, avec un tronc commun de formation avec certaines professions de la santé, pour augmenter le nombre de techniciens spécialisés.

M. Frossard est ouvert à cette idée. Il note que la volonté affichée n'est pas encore concrétisée. Cependant, il imagine que Genève pourrait, en s'inspirant du modèle britannique, former des infirmières spécialisées, avec un diplôme et deux ans de formation supervisée par un gastroentérologue, pour réaliser des coloscopies.

Une commissaire (Ve) soulève le problème du faible nombre de personnes entrant en formation en gastroentérologie. Elle mentionne que, même pour les personnes travaillant aux HUG, il est difficile de trouver des places dans les services d'urgences gastroentérologiques. Elle demande comment M. Frossard explique cela.

M. Frossard explique que la médecine à Genève souffre d'une vision « antédiluvienne » et qu'il est essentiel de progresser. Il rappelle que des études scientifiques montrent que la prise en charge par un spécialiste, au bon moment, améliore la survie des patients, par rapport à un passage par un médecin interniste. Il souligne qu'il faut former plus de gastroentérologues et qu'il a, depuis 12 ans, demandé la création de postes qui n'ont jamais été accordés. Bien que la médecine interne soit très riche, elle reste coûteuse et il est possible de mieux faire. Il estime que Genève a un rôle important à jouer

dans la formation de gastroentérologues, même pour d'autres cantons, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Une commissaire (Ve) demande, concernant le FIT, s'il ne serait pas pertinent d'encourager son développement et pourquoi son utilisation est encore trop limitée.

M. Frossard répond que la coloscopie reste la méthode validée et que c'est également le rôle des médecins de sensibiliser les patients au dépistage. Il constate que de nombreux médecins de famille n'ont pas pris en compte l'importance de ce programme. Il souligne que l'important est que les patients participent au dépistage, que ce soit par coloscopie ou par FIT. Le problème majeur reste l'adhésion des patients, qui est relativement faible, même dans des pays comme la France où l'adhésion ne dépasse pas 40%, malgré l'offre de dépistage. Il faut donc intensifier la communication pour encourager la participation au dépistage.

Un commissaire (LJS) rebondit sur les propos précédents, suggérant qu'il serait intéressant de créer une formation similaire à celle des TSO (techniciens de santé opératoire), qui ne sont pas des infirmiers, mais des techniciens spécialisés pour effectuer des gestes d'instrumentation. Il considère que cette approche pourrait être développée à Genève, en s'inspirant de ce qui a déjà été fait dans le canton de Vaud. Il soulève également la question de savoir si, dans le cadre du dépistage effectué à l'hôpital, il est requis que l'examen soit réalisé par un médecin FMH. Il précise que, dans le dépistage, la facturation ne devrait pas être la priorité et demande s'il serait possible de favoriser davantage le dépistage à l'hôpital, ce qui permettrait aux internes de se former tout en écartant les préoccupations financières.

M. Frossard est d'accord. Toutefois, il souligne que les patients ne souhaitent pas une coloscopie réalisée par un débutant. Bien qu'il pense qu'un interne puisse être apte à réaliser une coloscopie après 18 mois de formation, il reconnaît que ce n'est pas toujours perçu positivement par les patients.

Audition du Dr Michael Drepper, gastroentérologue, président du groupe des gastroentérologues AMGE, et du Dr Alain Vonlaufen, coprésident de la Société suisse de gastroentérologie et président emeritus du groupe des gastroentérologues genevois

M. Drepper et M. Vonlaufen trouvent cette motion excellente et nécessaire dans le contexte politique actuel. Il explique que ce programme de dépistage a été mis en place dans les cantons romands, puis dans les cantons alémaniques, à l'exception de Zurich et d'Argovie. Ce programme de dépistage repose sur deux types d'interventions : soit un test FIT, soit une coloscopie d'emblée. Le

but est de détecter les polypes, qui sont des formes précoces de tumeurs encore bénignes. En menant un programme de dépistage, on réduit efficacement l'incidence et la mortalité du cancer colorectal. Un article récent montre que l'incidence du cancer colorectal a déjà diminué depuis 1997 grâce à la coloscopie de dépistage jusqu'en 2015. Cependant, il faut aussi constater que le cancer colorectal augmente au sein de la population jeune, qui n'est pas touchée par le dépistage, qui s'applique actuellement aux personnes de 50 à 69 ans selon les dispositions fédérales. Une motion est en cours au niveau national pour étendre le dépistage jusqu'à 74 ans. Il est observé que les jeunes sont de plus en plus touchés par le cancer colorectal, une tendance mondiale.

M. Vonlaufen poursuit en expliquant que les médecins suisses sont souvent âgés, ce qui est également le cas à Genève. L'âge moyen des gastroentérologues à Genève est de 56 ans, et 10 ont dépassé l'âge de la retraite sur 33 médecins ayant un droit de pratique. Certains d'entre eux ne pratiquent qu'à temps partiel. Il est important de noter que les statistiques cantonales sont basées sur une auto-déclaration des médecins concernant le nombre de demi-journées de travail, tandis que les statistiques de l'Observatoire sanitaire, mentionnées dans la motion, sont basées sur les données des assureurs via SIASIS, un système de données statistiques de l'Office fédéral de la statistique (MedReg). Ces dernières sont beaucoup plus pertinentes. M. Vonlaufen précise que la moyenne des gastroentérologues à Genève est inférieure à la moyenne suisse. Lorsque l'on met en place un programme de dépistage, mais que l'on manque de médecins pour le faire fonctionner, des problèmes peuvent survenir, comme des retards dans le diagnostic. Il souligne qu'il est très important d'aborder cette question.

M. Drepper indique qu'il dispose des résultats préliminaires pour 2024. Il informe que 8654 personnes ont été dépistées en 2024 à Genève, dont la moitié a effectué un test FIT et 4292 ont subi une coloscopie. En ce qui concerne les délais d'attente pour cette activité, uniquement pour les actes gastroentérologiques réalisés par la fondation, 36% des coloscopies ont été réalisées dans les trois mois, 63% dans les six mois, et 37% ont dû attendre plus de six mois. Il précise qu'il s'agit ici de patients asymptomatiques. Concernant la situation actuelle, il souligne qu'il est impossible pour sa spécialité d'attirer de nouveaux médecins à Genève. L'office cantonal de la santé débloque les droits de pratique uniquement lorsque ceux-ci sont libérés par un médecin partant en retraite. Le problème actuel réside dans le fait que les médecins qui partent à la retraite ne rendent pas toujours leurs droits de pratique, pour diverses raisons, ce qui bloque l'accès à ces droits pour les jeunes médecins. De plus, les patients et les jeunes médecins ne peuvent pas

s'installer. Il mentionne que deux médecins ont officiellement annoncé leur retraite cet été 2024, mais n'ont pas rendu leur droit de pratique.

M. Vonlaufen ajoute qu'une observation moratoire a été effectuée en 2022, similaire à la période COVID, où des retards de diagnostic ont été constatés. C'est un phénomène inhabituel. Les conséquences sur la santé des patients dus à des retards dans le diagnostic ne sont pas anodines, et de telles situations pourraient avoir des répercussions juridiques. Ils font de leur mieux pour pallier ce manque de gastroentérologues, mais aussi dans d'autres spécialités, et les internistes sont également en difficulté. Il est devenu difficile de fournir des soins de qualité, et cela représente un véritable problème d'intérêt général.

Questions des commissaires

Une commissaire (Ve) revient sur l'augmentation du cancer du côlon chez les jeunes. Elle estime qu'il existe des facteurs liés à l'obésité et à l'environnement. Elle demande des données plus précises sur ce phénomène.

M. Drepper répond que certains conservateurs présents dans l'alimentation, ainsi que les additifs alimentaires, semblent favoriser les maladies inflammatoires chroniques intestinales et les cancers du côlon.

M. Vonlaufen ajoute également que les pesticides sont un facteur de risque pour le cancer du côlon, mais aussi pour le cancer du pancréas.

M. Drepper précise que, selon les statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS) citées dans la motion, il semble qu'il y a 20 à 30 ans, le décrochage en matière de cancer colorectal se produisait dès 50 ans, ce qui justifiait la barre d'âge de 50 ans pour le dépistage. Cependant, ces dernières années, il y a un décalage discret, mais continu, vers les 40 ans. Cela représente une incidence de 10%, ce qui est non négligeable.

M. Vonlaufen ajoute qu'il y a une augmentation de 1 à 2% par an, selon les pays occidentaux, dans ces tranches d'âge. Il y a vraiment un décalage qui fait que des programmes de dépistage sont déjà offerts dans certains pays dès 45 ans. Cela nécessite davantage de médecins pour mettre en place ces programmes de dépistage.

Une commissaire (Ve) comprend et imagine que, idéalement, l'âge du dépistage devrait être avancé à 45 ans.

M. Vonlaufen confirme et ajoute que cela devrait certainement arriver. Il rappelle que l'extension du dépistage jusqu'à 74 ans va être inscrite dans la loi fédérale, et il pense qu'on ira également vers un dépistage à partir de 45 ans.

M. Drepper confirme cette tendance. Il existe des recommandations solides pour les cas syndromiques et héréditaires, on commence déjà à dépister en

Suisse et en Europe 10 ans avant l'âge moyen de survenue du cancer chez les parents.

Une commissaire (Ve) comprend que ce dépistage généralisé à partir de 45 ans est en bonne voie.

M. Vonlaufen répond que ces décisions sont prises au niveau fédéral, et que le dépistage est encore inscrit dans la loi pour les personnes de 50 à 69 ans. Ils ont travaillé au sein de la Société suisse de gastroentérologie, en collaboration avec l'EPFZ, pour prouver statistiquement qu'il est pertinent d'inclure et de dépister les personnes jusqu'à 74 ans, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie – 85 ans pour les femmes et 82 ans pour les hommes. Chaque année, environ trois semaines d'espérance de vie supplémentaires sont ajoutées. Les 45 ans seront probablement le prochain seuil à aborder. Il ajoute que les modalités de dépistage vont aussi évoluer : le mode de dépistage par FIT et par coloscopie sera probablement modifié, car des études sont en cours. On se dirige vers un dépistage différentiel et personnalisé, en fonction du style de vie des personnes et de leurs antécédents familiaux.

M. Drepper mentionne que, probablement grâce aux recherches moléculaires appliquées au test FIT, notamment avec les analyses d'ADN et les amplifications moléculaires possibles, il sera possible de réaliser des dépistages dans les selles beaucoup plus efficaces. Cela permettrait ainsi d'éviter une grande partie des coloscopies directes, où les résultats sont souvent négatifs. Cependant, cela ne sera probablement réalisable que dans 15 à 20 ans.

Un commissaire (PLR) demande s'il dispose d'informations sur la part du temps de travail des gastroentérologues installés en pratique indépendante, notamment combien de temps est consacré au dépistage, à l'endoscopie, et combien de temps est dédié à d'autres actes de gastroentérologie.

M. Vonlaufen répond que certains gastroentérologues ne pratiquent que des coloscopies, tandis que d'autres ont une pratique plus mixte. Il existe une pression pour effectuer des coloscopies, car de nombreux patients, en accord avec leurs médecins, choisissent de passer des coloscopies de dépistage. Il est donc clair que cela réduit le temps consacré à d'autres pratiques ambulatoires. Ce n'est pas idéal ni souhaitable, mais c'est la réalité actuelle. Ainsi, cette pression pour se concentrer sur la coloscopie de dépistage peut avoir des répercussions sur d'autres activités du gastroentérologue, d'autant plus que le nombre de gastroentérologues disponibles est limité.

M. Drepper estime qu'en ce qui concerne la majorité des gastroentérologues installés, bien qu'il soit difficile de fournir des chiffres

exacts, environ 70 à 80% de leur temps dédié aux contacts avec les patients est consacré à l'endoscopie.

Un commissaire (PLR) ajoute qu'en raison de la clause du besoin, certains médecins conservent leur droit de pratique pour une activité pratiquement inexistante, ce qui fausse les chiffres réels concernant le besoin de professionnels. Il considère que c'est un problème majeur. Il demande ensuite, dans le cas où la clause du besoin était supprimée, combien de médecins supplémentaires seraient libérés pour soutenir la profession de gastroentérologie.

M. Drepper répond qu'il y a actuellement trois médecins gastroentérologues sur la liste d'attente. Cependant, cela ne signifie pas qu'il n'y en a que trois : le fait qu'il y ait une liste d'attente décourage en réalité les candidats, qui se dirigent alors vers d'autres cantons. Il souligne qu'il existe une politique où les internes en gastroentérologie formés aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) doivent exercer leur activité quelque part, ce qui les conduit souvent à travailler dans d'autres cantons.

Un commissaire (PLR) comprend que la clause du besoin engendre un cercle vicieux et problématique.

M. Vonlaufen confirme, ajoutant que cet effet est temporaire, mais qu'il faut prendre en compte la démographie. Il y a en effet environ 10 gastroentérologues à Genève âgés de plus de 70 ans qui ne travaillent plus avec le même rythme. Il précise que l'endoscopie est un travail physiquement exigeant. Il ajoute que des modifications des tarifs de la LAMal devraient entrer en vigueur en janvier 2026, ce qui expliquerait le départ de certains gastroentérologues.

M. Giannalopoulos note que, à Genève, environ 20% des médecins qui dépassent l'âge de la retraite conservent leur droit de facturer. Ils ont essayé de proposer une modification qui permettrait, de manière symbolique, de conserver la possibilité de facturer, tout en libérant des places. Cependant, même si des places sont libérées, il reste nécessaire de former de nouveaux professionnels pour combler ces vides.

Présentation et vote d'amendements PLR

Les amendements sont une reformulation des invites, notamment suite aux auditions avec un ajout important à la dernière invite : **... et en explorant la possibilité de former des techniciens spécialisés en coloscopie.**

Le président met aux voix l'ensemble des amendements :

- à faire un bilan du programme de dépistage du cancer du côlon, sur la base des résultats des cinq dernières années ;
- ~~à revoir la méthodologie de calcul de l'office cantonal de la santé sur la densité médicale cantonale dans le domaine de la gastroentérologie à la lumière des données statistiques de l'OBSAN et des associations professionnelles ;~~
- à élaborer un plan cantonal visant à promouvoir les examens de dépistage et à réduire les délais d'attente ~~pour les examens de dépistage~~, quelle que soit l'origine de la demande (programme cantonal, prescription médicale ou initiative du patient), afin de garantir que ces délais n'entraînent pas de préjudice pour la santé des patients ;
- à augmenter la capacité ~~médicale~~ en matière de dépistage ~~en gastroentérologie~~ à court et moyen termes, en adaptant, entre autres, le coefficient cantonal dans la clause du besoin pour les spécialistes en gastroentérologie **et en explorant la possibilité de former des techniciens spécialisés en coloscopie ;**
- ~~à examiner la possibilité de lever, de manière ciblée, la clause du besoin afin de garantir une couverture adéquate en soins, y compris par des spécialistes, lorsque des compétences spécifiques font défaut et entraînent des délais d'attente incompatibles avec une prise en charge optimale des patients.~~

Oui : unanimité

Non : —

Abstentions : —

Les amendements sont acceptés.

Prises de position des groupes

Un commissaire (Ve) dit que le groupe des Verts soutiendra la motion amendée. Il trouve qu'essayer de voir le dépistage comme une interprofessionnalité est très intéressant.

Une commissaire (MCG) dit que MCG soutiendra la motion amendée.

Un commissaire (UDC) indique que le groupe UDC votera la motion, car il s'agit d'un problème de santé publique qu'il faut suivre.

Le président dit que le groupe du Centre votera la motion amendée.

Le président met au vote la M 3076 ainsi amendée :

Oui :	unanimité
Non :	—
Abstentions :	—

La M 3076 ainsi amendée est acceptée.

Catégorie de débat préavisée : III (la catégorie III a été préférée à la IV afin de pouvoir prendre la parole sur un sujet de santé publique important).