

Rapport no. 29

LE DÉPISTAGE DU GLAUCOME PRIMITIF À ANGLE OUVERT.

Montréal: CÉTS 1995. 94p.

(ISBN 2-550-29221-9)

Résumé

Ce rapport sur le dépistage du glaucome origine d'une requête d'avis faite au Conseil d'évaluation des technologies de la santé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il présente essentiellement une analyse de l'efficacité et des coûts que représenterait un programme de dépistage.

Le glaucome primitif à angle ouvert est une maladie de l'oeil qui résulte de la destruction progressive des fibres du nerf optique. On observe une perte progressive de la sensibilité de l'oeil pouvant mener à la cécité.

Par dépistage, on entend ici l'examen et le traitement lorsque nécessaire d'individus apparemment non affectés par la condition visée, c'est-à-dire le glaucome ou la pression intra-oculaire élevée. Le dépistage s'accomplit normalement dans le cadre d'un programme visant toute une population définie. On peut aussi effectuer des tests de dépistage dans le cadre de visites auprès d'un professionnel de la santé motivées par une autre raison que la pathologie visée par le dépistage; on parle alors de dépistage opportuniste.

On ne peut pas guérir le glaucome mais un diagnostic précoce suivi d'un traitement approprié peut, selon le consensus médical, en arrêter ou en retarder l'évolution.

L'objectif du dépistage est donc de prévenir ou de retarder l'apparition de la cécité en identifiant et traitant précocement les cas de glaucome et les personnes qui sont à risque élevé de développer cette maladie à cause d'une pression intra-oculaire trop élevée.

Le traitement du glaucome consiste à réduire la pression intra-oculaire. Il existe trois méthodes principales de réduction de la pression intra-oculaire : les médicaments; la trabéculoplastie, qui s'effectue au moyen du laser; et la trabéculéctomie, qui est une technique chirurgicale. Presque universellement, les médicaments sont utilisés en premier.

L'efficacité du traitement. Il est bien établi que les divers traitements disponibles réussissent à diminuer la pression intra-oculaire. Cependant, la capacité de cette réduction de la pression à prévenir ou à retarder le développement du glaucome est moins bien documentée. L'Office of Technology Assessment américain, bien qu'acceptant le consensus médical à l'effet que le traitement est probablement efficace, souligne que ce consensus repose sur des considérations théoriques, l'expérience clinique et des postulats partagés par les médecins plutôt que sur des démonstrations directes. En effet, nous ne disposons d'aucune donnée rigoureuse qui nous permette de quantifier cette efficacité.

À partir d'une analyse de l'information disponible, nous devons conclure qu'il n'existe présentement pas de démonstration de l'efficacité du traitement. Néanmoins, à cause du jugement ferme des experts dans le domaine, nous devons aussi conclure qu'il est probable que les traitements disponibles présentent une certaine efficacité. Le niveau quantitatif de cette efficacité est cependant inconnu. À partir d'une évaluation de l'ensemble des données indirectes dont nous disposons, nous avons utilisé pour nos analyses principales un taux d'efficacité de 50 % et des taux de 30 % et de 70 % pour nos analyses de sensibilité.

La plupart des médecins s'accordent pour reconnaître qu'il faut la présence d'au moins deux des trois signes ou symptômes suivants pour poser un diagnostic de glaucome : a) altération de la papille optique; b) atteinte des champs visuels; et c) pression intra-oculaire élevée.

L'observation de la papille se fait par l'examen du fond d'oeil. La précision de l'examen dépend beaucoup de l'expertise de l'observateur.

Les lésions anatomiques associées au glaucome produisent après un certain temps des pertes de fonction, i.e. des atteintes des champs visuels. Celles-ci peuvent être documentées par la périmétrie, manuelle ou automatisée.

La pression intra-oculaire est mesurée avec le tonomètre de Schiotz ou de Goldman ou par la pneumotonométrie. Malgré une association importante entre la pression intra-oculaire élevée et le glaucome, on observe des cas de glaucome en l'absence de pression élevée et des cas de pression élevée sans glaucome.

Les principaux facteurs de risque du glaucome sont l'âge avancé, la pression intra-oculaire élevée et des antécédents familiaux de la maladie. La prévalence du glaucome est plus élevée chez les Noirs que chez les Blancs.

La contribution d'autres facteurs comme la myopie sévère, le diabète et la tension artérielle est trop faible ou insuffisamment comprise pour influencer la planification d'une stratégie de dépistage.

Il existe très peu d'information directe sur l'incidence ou la prévalence de la pression intra-oculaire élevée, du glaucome ou de la cécité due au glaucome au Québec. Nous avons donc dû obtenir des estimations de ces différents paramètres en appliquant à la population québécoise les données d'études conduites ailleurs, généralement aux États-Unis.

Le taux de prévalence d'une maladie est la proportion de la population affectée à un moment donné. On désigne le nombre de cas affectés à un moment donné, par opposition à la proportion, par le mot prévalence. Nous avons obtenu des estimations du taux de prévalence du glaucome au Québec en appliquant les données de deux études américaines à la structure par âge et par sexe de la population québécoise âgée de 40 à 79 ans. Nous avons ainsi obtenu deux estimations assez semblables de 1,57 % et de 1,31 %. Nous avons utilisé dans nos calculs le taux de 1,57 %.

L'incidence est une mesure de la fréquence d'apparition de nouveaux cas de la maladie au cours d'une période de temps, par exemple une année. Pour estimer l'incidence du glaucome nous avons utilisé les données d'une étude conduite à Beaver Dam, Wisconsin, que nous avons appliquées elles aussi à la population du Québec. Nous avons obtenu un chiffre de 2 715 nouveaux cas de glaucome par année au Québec chez les personnes de 40 à 79 ans.

Pour estimer le taux de prévalence de la pression intra-oculaire élevée au Québec, nous avons utilisé les données de différentes enquêtes, dont celles de Baltimore et de Beaver Dam. Notre estimation pour le Québec est de 6 %, ce qui représente 156 433 cas chez les personnes âgées de 40 à 79 ans.

Il existe très peu de données sur l'incidence et la prévalence de la cécité due au glaucome. Les données de l'Institut national canadien des aveugles suggèrent que l'incidence au Québec est d'environ de 140 cas par année. Ceci correspond à une prévalence d'environ 1 260 cas pour le Québec.

À partir d'une étude effectuée au Royaume-Uni, nous avons aussi estimé que le nombre de nouveaux cas de cécité partielle au Québec est de 114 par année.

L'efficacité d'un programme de dépistage dépend de plusieurs facteurs qui ne peuvent être estimés avec précision. En présumant un niveau d'efficacité du traitement de 50 %, un taux de participation de la population âgée de 40 à 79 ans de 75 %, et un taux de fidélité au traitement de 75 %, un programme de dépistage permettrait de prévenir 39,4 cas de cécité par année. L'âge moyen au diagnostic de ces cas serait de 78 ans, auquel âge l'espérance de vie est de l'ordre de neuf ans. Par conséquent, la réduction de la prévalence de la cécité dans la population serait de 354 cas; exprimé sur une base annuelle, ceci correspond donc à 354 personnes-années de cécité évitée.

Nous avons estimé le coût d'un tel programme, offert à la population québécoise âgée de 40 à 79 ans (en 1991, 2 607 210 personnes), en présumant en premier lieu que la population du Québec ne bénéficie d'aucun service diagnostique ou thérapeutique pour le glaucome.

Utilisant les honoraires des actes posés en cabinet, nous avons calculé que ces coûts seraient de l'ordre de 36,4 millions \$ par année. Des programmes plus restreints ciblant les personnes de 65 à 79 ans coûteraient entre 11,1 et 12,6 millions \$ par année.

Les scénarios fondés sur un dépistage visant toute la population de 40 à - à 79 ans, chaque trois ans, supposant un taux de participation de 75 %, une fidélité au traitement de 75 %, et un taux d'efficacité du traitement de 50 %, mènent à des rapports coût-efficacité d'environ 100 000 \$ par année de cécité évitée. Tous ces calculs ont été effectués sans actualisation.

Nous concluons donc que, comparé à d'autres bienfaits potentiels pour la santé qui pourraient être atteints avec les mêmes ressources, un tel programme représente une option très coûteuse.

Pour se rapprocher d'un niveau de meilleure efficience, il serait nécessaire de restreindre le dépistage aux personnes de 65 à 79 ans; même dans ces cas, le rapport coût-efficacité serait de 37 000 \$ à 42 000 \$ par année de cécité évitée pour un programme présentant les mêmes caractéristiques en termes de fréquence, participation, fidélité et efficacité. Même ces coûts sont élevés par rapport aux bienfaits pour la santé.

1. Au-delà de la considération des estimations de rapports coût-efficacité, la mise en oeuvre d'une politique de santé impliquant l'investissement de ressources publiques devrait être fondée sur un niveau de certitude élevé. Aussi, à cause du niveau d'incertitude actuel quant à l'estimation de ces bienfaits, et en raison du coût élevé, nos analyses ne soutiennent pas l'instauration d'un programme formel de dépistage pour le glaucome au Québec.

Cependant, il existe déjà un niveau important d'activités diagnostiques qui mènent à la détection précoce de la pression intra-oculaire élevée ou du glaucome. Bien que ces activités ne soient pas systématiquement organisées, elles rejoignent et traitent actuellement environ 27 000 personnes de 65 à 79 ans. Donc, la question qui se pose présentement au Québec n'est pas tant de décider si un programme de dépistage doit être mis en place, mais plutôt de décider si les activités présentes doivent être maintenues.

Pour abolir un service de santé, on requiert normalement un niveau d'évidence scientifique plus élevé que ce qui est disponible dans ce cas-ci.

De plus, nos estimations du rapport coût-efficacité négligent les années de cécité partielle qui seraient évitées et ne tiennent pas compte du fait que les examens effectués pour la détection du glaucome primitif à angle ouvert peuvent mener à la détection d'autres maladies de l'oeil bénéficiant d'un traitement. Pour ces raisons, nos estimations du rapport coût-efficacité exagèrent sûrement quelque peu les coûts par rapport aux effets positifs sur la santé.

Également, une grande proportion des coûts de dépistage actuels est déjà couverte par une partie non identifiée de l'examen complet de l'oeil. Aussi serait-il difficile d'isoler et de désassurer la portion de cet examen qui vise à détecter le glaucome.

2. Dans ce contexte, il nous semble inopportun de recommander la cessation des activités de dépistage existantes. Cependant, si ces activités sont maintenues, il sera important de continuer à les restreindre, comme elles le sont déjà, au groupe des 65 à 79 ans. De plus, nos

analyses indiquent que les tests de dépistage ne devraient pas être administrés plus fréquemment qu'aux trois ans. Notons que la périmétrie n'est pas incluse dans nos scénarios parmi les tests de dépistage initiaux. Enfin, comme pour tous les actes professionnels spécialisés, il est essentiel de s'assurer de leur qualité et du bon niveau de formation des professionnels impliqués.