

# Neuvième colloque de formation continue du CMPR

6 septembre 2007, Beaulieu, Lausanne

Ursula Sila

## Le bien et le mal en médecine de premier recours

Ce colloque inaugure un nouveau cycle intitulé «les contraires: bien et mal». La médecine a évidemment ses roses et ses épines, et c'est sous cet angle que des sujets variés ont été abordés tout au long de la journée. L'«activisme médical», dont l'histoire remonte à l'époque de la Grèce antique, a-t-il toujours été bénéfique? Le dépistage du cancer de la prostate ou de la maladie coronarienne est-il vraiment une bonne chose? Qu'en est-il de la gestion du risque en médecine de premier recours? Les personnes âgées prennent souvent beaucoup de médicaments: «plus» est-il toujours synonyme de «mieux»? Dans la relation entre caisses-maladie et médecins, tout n'est pas rose non plus. La table ronde a été l'occasion de confronter les avis de différents acteurs de politique professionnelle en médecine de premier recours, afin d'essayer de rétablir le dialogue. Une note réjouissante a conclu le congrès, avec la remise, pour la première fois, du prix de recherche CMPR pour la médecine de premier recours.

## Gérer le risque: la spécialité du médecin de premier recours

Le médecin ne peut ignorer ou nier le facteur «risque» [1]. Au contraire, il est important qu'il parle des doutes et des incertitudes inhérents à tout choix thérapeutique avec ses patients, afin qu'une décision puisse être prise en concertation avec ces derniers. Une relation de confiance entre médecin et patient est

donc essentielle. Un résumé clair du problème et des explications pertinentes peuvent contribuer à créer les conditions nécessaires. Comme le souligne le Dr Jacques Cornuz, médecin-chef à la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, le sujet du risque est une leçon d'humilité (fig. 1).

S'agissant de l'établissement d'un diagnostic, l'incertitude qui accompagne cette démarche dépend entre autres de la validité et de la reproductibilité de la méthode clinique utilisée. La validité est fournie par une comparaison avec un étalon or et varie en fonction de la sensibilité, de la spécificité, des valeurs prédictives et du rapport de vraisemblance du test. La reproductibilité peut être améliorée par la standardisation de l'examen et sa répétition, ainsi que par la formation et l'expérience de l'observateur.

Lorsqu'il s'agit de proposer un dépistage à un patient, la façon dont la problématique est représentée est un aspect déterminant. La diminution du risque obtenue grâce à un dépistage, exprimée en réduction du risque absolu, est souvent très faible (0,014% par année par exemple dans le cas du dépistage du cancer colorectal par tests colorectaux réguliers), et le NNS (number needed to be screened to prevent 1 adverse event, ou nombre de personnes qu'il faut dépister pour prévenir un événement) est une valeur souvent élevée (le nombre de personnes à dépister par année durant 20 ans pour prévenir un décès dû au cancer colorectal est d'environ 250). Ces valeurs risquent de rendre les patients réticents à l'idée d'accepter un dépistage. Toutefois, la réduction du risque relatif est susceptible d'intéresser le patient à cette intervention. En effet, elle se monte à 18% dans le cas du dépistage du cancer colorectal.

Le médecin ne doit donc pas se contenter



Figure 1

Dr Jacques Cornuz, médecin-chef à la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne: «Gérer le risque – la spécialité du médecin de premier recours».

de parler de la diminution des risques absolus ou du NNS, mais également mentionner la réduction du risque relatif. La présentation de la diminution du risque à l'aide d'un graphique simple, sur lequel la magnitude de la réduction est clairement visible, ainsi que la comparaison de différents risques peuvent également s'avérer utiles.

## Dépister le cancer de la prostate: à quoi bon?

Le Dr Jean Perdrix, de Mézières, a ouvert le séminaire en annonçant qu'il est contre le dépistage du cancer de la prostate. En effet, selon lui, le danger associé à ce type de cancer est relativement faible. Alors que l'incidence est élevée, vu qu'un Américain sur six développe cette tumeur au cours de sa vie, seul 3% de la population masculine américaine décède suite à cette maladie. La croissance de cette tumeur est tellement lente que la plupart des hommes atteints décéderont pour une autre raison. D'autre part, la sensibilité du dosage du PSA (antigène prostatique spécifique,

marqueur utilisé pour la détection du cancer de la prostate) ne dépasse pas 70 à 80% et sa spécificité varie entre 60 et 70% si l'on considère que le seuil d'un résultat positif est de 4 ng/ml. La valeur prédictive est également faible (environ 30%). Avec un seuil plus élevé, situé entre 4 et 10 ng/ml, la valeur prédictive n'est plus que de 25%, ce qui signifie que le test donnerait des résultats faussement négatifs dans 75% des cas. En diminuant ce seuil, on arriverait à une augmentation du nombre de valeurs anormales, correspondant à des cas de cancers qui seraient restés totalement inaperçus durant toute la vie.

Le Dr Daniel Hessler, de Morges, rappelle qu'un dépistage précoce du cancer de la prostate permet de guérir 50% des cas si le cancer est limité. Le taux de PSA est le meilleur marqueur actuel, utile pour le diagnostic, le pronostic et le suivi. Une nouvelle norme, valable surtout pour les sujets de moins de 65 ans, a été fixée à 2,5 ng/ml. Malgré les réserves parfois exprimées à l'encontre du dépistage du cancer de la prostate, à savoir que le nombre de biopsies négatives inutiles est élevé et que l'évolution de la maladie est capricieuse, le Dr Hessler préconise le dépistage du cancer de la prostate, car il faut se rappeler que le cancer a une issue mortelle au bout de 14 à 17 ans, et que son évolution peut parfois être très rapide. Il a souligné que la cinétique du taux de PSA reflète probablement mieux l'agressivité de la tumeur. Plusieurs mesures sont donc nécessaires (au moins 3 sur 2 ans), d'autant plus que la variation d'un jour à l'autre peut atteindre 34%. Dans la pratique, une première mesure est recommandée à 50 ans, sauf en cas d'antécédent familial (dans ce cas, une mesure est préconisée dès 40 ans) et chez les Noirs, chez lesquels un dosage est recommandé dès 45 ans. Il est inutile de mesurer le taux de PSA chez les patients de plus de 75 ans ou chez les sujets qui ont une espérance de vie inférieure à 10 ans. Si le taux de PSA est inférieur à 2,5 ng/ml, la mesure doit être répétée après une à cinq années. Si le taux de PSA est supérieur au seuil, mais inférieur à 7 ng/ml, une nouvelle mesure doit être réalisée après quelques semaines. Un

taux de PSA supérieur à 7 ng/ml ou une vitesse de l'augmentation du taux de PSA supérieure à 0,75 ng/ml/an impose une biopsie chez les personnes de moins de 60 ans. Une prostatectomie radicale permet de prolonger la vie de 8,6 ans en moyenne, et une radiothérapie de 4,6 ans, les deux méthodes diminuant de plus les séjours hospitaliers.

### Dépistage de la maladie coronarienne: pour ou contre?

La maladie coronarienne reste la principale cause de décès des adultes dans les pays occidentaux, même si la mortalité est en baisse depuis près de 20 ans. La maladie se manifeste sous trois formes différentes: l'angor stable, le syndrome coronarien aigu et la mort subite. Le Dr Jean-Christophe Stauffer, de Lausanne, a rappelé l'importance d'un dépistage rapide afin d'améliorer le pronostic grâce à un traitement approprié. Il n'existe toutefois à l'heure actuelle aucun test idéal pour dépister les patients souffrant d'une maladie coronarienne asymptomatique. L'utilisation d'un test de dépistage de routine chez les patients à bas risque d'événement cardiovasculaire n'est donc pas recommandée. Le test d'effort peut être envisagé chez les hommes de plus de 45 ans et chez les femmes de plus de 55 ans qui désirent se soumettre à des efforts physiques soutenus qu'ils ne pratiquaient pas auparavant ou qui, pour des raisons professionnelles, impliquent un risque pour le public. Une coronarographie de «dépistage» est indiquée chez les patients à haut risque de maladie coronarienne présentant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire.

### Activisme médical: les leçons de l'histoire

Cette deuxième conférence principale a été donnée par le professeur Vincent Baras, de Lausanne, qui a présenté des exemples passionnants de l'activité médicale à différents moments de l'histoire de la médecine. Depuis l'époque de la Grèce an-

tique, le regard sur ce qui est bien ou mal en médecine a souvent changé, mais on retrouve certaines constances: les nouvelles méthodes ont souvent suscité peur et angoisse, l'activité médicale a depuis toujours balancé entre la volonté d'agir ou celle de ne pas intervenir, et le regard social est ambivalent, tendant à faire passer l'activité médicale pour un activisme ou même un hyperactivisme. Un premier exemple date du XVIII<sup>e</sup> siècle, avec l'«activisme» de Lady Montaigu, épouse de l'ambassadeur d'Angleterre en Turquie, qui avait observé, chez des domestiques ottomans, l'habitude de frotter les enfants sains contre des enfants atteints de variole. Elle devint ainsi une pionnière de l'inoculation et convainca la cour d'Angleterre de l'utilité de cette méthode. Sur un fond de vive polémique, l'opinion publique restant très partagée sur l'intérêt de cette pratique, le roi Georges II fit même inoculer ses enfants publiquement. Le débat sur l'utilité ou non des vaccins n'est d'ailleurs pas clos, et certains groupes sociaux refusent ou contestent cette mesure qui, pourtant, d'un point de vue strictement scientifique, a fait ses preuves, comme dans le cas de la variole, éradiquée depuis 1983. Le progrès médical ne s'impose pas toujours, et le médecin doit tenir compte de la réaction sociale.

L'histoire de la psychiatrie a elle aussi depuis toujours été marquée par la réflexion sur la légitimité de l'action et comporte des exemples frappants, notamment la libération des aliénés par Philippe Pinel, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. La psychiatrie n'a ensuite pas toujours été «humaine» pour autant, preuve en est l'existence d'établissements de type pénitencier pour les malades mentaux. Le regard des médecins a complètement changé depuis, et ces établissements nous paraissent aujourd'hui comme un «hyperactivisme de mauvais aloi». Par ailleurs, les électrochocs, largement utilisés au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, ont suscité d'importantes critiques après-coup.

La manière d'aborder l'hygiène a grandement varié au cours de l'histoire. Les travaux de Louis Pasteur par exemple ont constitué un tournant important. La pas-

teurisation a donné naissance au «mouvement hygiéniste» et des «flambées d'activisme médical» dans le domaine de la tuberculose, des maladies vénériennes, de l'alcoolisme, ainsi qu'un exemple actuel, celui du SIDA.

L'activisme médical a suscité des réactions parfois extrêmes de la part de certains penseurs. Un exemple en est Ivan Illich, auteur de l'ouvrage «Némésis médicale» [2]. Il y défend la thèse selon laquelle la médecine exproprie les patients de leur santé.

### Polymédication du sujet âgé: quelles interactions?

La polymédication chez le sujet âgé est très fréquente. En effet, le nombre moyen de médicaments pris par les retraités à domicile est 3,8, et de 6 s'il s'agit d'un résident en EMS. Or, comme l'a rappelé le Dr Thierry Buclin, de Lausanne, l'âge s'accompagne d'une diminution de l'absorption, de la distribution, du métabolisme hépatique, et la fonction rénale est réduite de 1% par année de vie. Le grand âge est également caractérisé par une importante sénescence pharmacodynamique, avec une diminution de la densité et de la sensibilité des récepteurs, de moins bons mécanismes de contre-régulation, notamment au niveau des réflexes, ainsi qu'une réduction de la masse musculaire, du volume circulatoire et des capacités cognitives.

La fréquence des interactions augmente de manière géométrique en fonction du nombre de médicaments pris. Des outils informatiques disponibles sur Internet permettent de prédire les interactions, mais aucun ne trouve plus de 50% d'interactions possibles [3]. C'est pourquoi la compréhension des mécanismes en jeu reste essentielle dans la pratique médicale. Le Dr Buclin a précisé qu'une interaction n'équivaut pas forcément à une contre-indication, mais nécessite le plus souvent une adaptation de la posologie et une surveillance.

Un autre risque lié à la polymédication est celui des «prescriptions en cascade» [4], soit l'administration de médicaments

pour soulager les effets indésirables d'un autre médicament, ou les cercles vicieux, dans lesquels des médicaments sont administrés pour traiter leurs propres effets secondaires.

Les directives cliniques «evidence-based» ignorent l'individualisation, les options personnelles, les éventuels biais, et n'incluent que très rarement des patients de plus de 85 ans. Chez le patient âgé polymorbide, le médecin doit donc trouver un «optimum thérapeutique» individualisé, en tenant compte de l'objectif à atteindre, de l'efficacité des médicaments, de facteurs de sécurité, du coût direct et indirect du traitement, ainsi que des options personnelles de l'intéressé.

### Table ronde autour d'un «couple à problèmes»: caisses-maladie et médecins

Monsieur Peter Rothenbühler, rédacteur en chef du quotidien «Le Matin», a ouvert le débat en proposant de prendre la température de la situation actuelle. Il y aurait un profond malaise, surtout du côté des médecins (fig. 2). Ces derniers se sentent surveillés, ont l'impression que les caisses-maladie veulent faire le travail à leur place et craignent de devenir des employés de ces dernières. Le Dr Jean-Paul Studer, de Peseux, redoute la disparition du visage humain de la médecine et l'appauvrissement de la relation entre le médecin et le malade. Après avoir évoqué les années 70, époque marquée par une plus grande solidarité entre malades, médecins et caisses-maladie, il a déploré lors de son intervention l'augmentation de l'individualisme et la progression de la désolidarisation. La médecine devient un vaste supermarché, les primes sont élevées. Certaines grandes caisses imposent leur diktat, basé principalement sur des critères économiques.

Comme l'a souligné Madame Thérèse Meyer, conseillère nationale de Fribourg, les coûts médicaux remboursés par les assurances sociales se montaient à 13 milliards en 1997, et à 20 milliards en 2006. Le monde politique a chargé les assureurs de limiter ces coûts. Ces derniers exercent



Figure 2

Table ronde de politique professionnelle: «Caisses-maladie et médecins – un couple à problèmes».

donc une pression sur les médecins, alors que la responsabilité de fournir la médecine de la meilleure qualité possible au coût juste devrait se faire sous la forme d'un partenariat.

L'aspect éthique du problème a été soulevé par Madame Monika Dusong, présidente de la Fédération romande des consommateurs. Qui défend les intérêts des patients, alors que les médecins sont pris dans un étau, entre autres parce qu'ils peuvent être contraints de fournir aux caisses-maladie des données personnelles concernant le patient?

Le Dr Doris Schopper, spécialiste en santé publique, regrette le fait qu'en Suisse, l'assurance ne travaille pas au service de la population, mais qu'elle ait un intérêt propre, donc forcément économique. Un exemple frappant à cet égard est celui du dépistage du cancer du col de l'utérus. Les caisses-maladie n'ont aucun intérêt à favoriser ce type d'action préventive, parce que le montant économisé ne tomberait pas dans leur escarcelle.

C'est ensuite par une intervention du Dr Philippe Schaller, responsable du réseau «managed care» Delta, de Genève, que le débat s'est poursuivi. Comment éviter que le système de santé de demain fonctionne à deux vitesses? La création de réseaux de type «managed care», permettant un maillage entre médecins de premier recours et hôpitaux, pourrait entraîner une diminution des coûts de l'ensemble du système.

Selon Monsieur Martial Barbier, du Groupe Mutuel, représentant des caisses-

maladie, les réseaux de type «managed care» sont effectivement une piste pour améliorer un contexte difficile. Il regrette notamment le fait que le système actuel n'encourage pas la prévention. Un «contrat de collaboration» entre assureurs et patients pourrait être bénéfique!

### Prix de recherche CMPR pour la médecine de premier recours

La journée s'est terminée avec la remise du Prix de recherche CMPR pour la médecine de premier recours 2007, décerné pour la première fois cette année (fig. 3). Ce prix, doté de 25 000 CHF, récompense un excellent travail sur les douleurs thoraciques rencontrées en médecine ambulatoire, «Thoracic pain in community», TOPIC, réalisé par le Dr François Verdon et ses collègues du Groupe de recherche de l'Unité de médecine générale de Lau-



Figure 3

Remise du Prix de recherche en médecine de premier recours au Groupe de recherche de l'Unité de médecine générale de Lausanne.

sanne. Le prix spécial, d'un montant de 5000 CHF, a été octroyé au Dr Albert Kind, spécialiste de médecine générale, de Schaffhouse, pour son étude «Méningo-encéphalite verno-estivale: des vaccinations de rappel sont-elles encore nécessaires?». Les résultats de cette étude ont

permis une adaptation des recommandations vaccinales de l'OFSP.

Nous nous réjouissons d'ores et déjà de vous retrouver le 4 septembre 2008, à l'occasion du dixième colloque de formation continue du CMPR.

### Références

- 1 Calculated risks. Ed Gerd Gigerenzer, Max Planck Institute; Simon Schuster; 2002.
- 2 Némésis médicale. Paris: Seuil; 1975.
- 3 Perrin Y, Biclin T, Biollaz J. Bases de données informatiques d'interactions médicamenteuses: quel choix? Praxis. 2004;93:1-996.
- 4 Rochon, P. Optimizing drug treatment for elderly people: the prescription cascade. BMJ. 1997;315:1096-9.

CMPR – Collège de Médecine de Premier Recours  
Landhausweg 26  
3007 Berne  
mail@kollegium.ch



## 1 JAHR JHAS – JUNGÄRZTEFORUM AM SGAM-KONGRESS 2007 IN ST. GALLEN (15.–17. NOVEMBER)

Das Jungärzterforum ist ein Ort des Kontaktes zwischen jungen, künftigen und niedergelassenen HausärztInnen.

Der hausärztliche Notfalldienst wird Hauptthema sein.

Praxisbörse (neu!): Wer eine Praxis übergeben möchte, kann mögliche NachfolgerInnen direkt kennenlernen – und umgekehrt.

Wir freuen uns auf interessante Tage in St. Gallen – auf Tage im Dialog.

*Monika Reber Feissli, Vorsitzende Junge Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz*



### PRAXISBÖRSE

- ich biete eine Praxis zur Übernahme
- ich suche eine Praxis zur Übernahme
- ich biete einen Platz in einer Gemeinschaftspraxis
- ich suche einen Platz in einer Gemeinschaftspraxis

Standort/Region:

Ich bin erreichbar unter Telefon (am besten Mobiltelefon für direkten Kontakt am Kongress):

*Dieses Inserat wird beim Kongressempfang von einem Mitglied der JHAS entgegengenommen und an eine Wand gepinnt.*