

Prévention et dépistage

Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical

Jacques Cornuz^a, Reto Auer^a, Stefan Neuner-Jehle^b, Jean-Pierre Humair^c, Isabelle Jacot-Sadowski^a, Regula Cardinaux^a, Edouard Battegay^d, Andreas Zeller^e, Marco Zoller^b, Andreas Biedermann^f, Nicolas Rodondi^g

^a Polyclinique Médicale Universitaire, Université de Lausanne; ^b Institut für Hausarztmedizin, Université de Zürich; ^c Service de Médecins de Premier recours, Université de Genève; ^d Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Université de Zürich; ^e Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, Université de Bâle; ^f Public Health Services, Berne; ^g Clinique et Polyclinique Médicale Universitaire de Médecine Interne Générale, Hôpital de l'Ile, Université de Berne

Summary

Prevention and screening of diseases belong to the role of each primary care physician. Recommendations have been developed in the EviPrev programme, which brings together members of all five academic ambulatory general internal medicine centers in Switzerland (Lausanne, Bern, Geneva, Basel and Zürich). Several questions must be addressed before realising a prevention intervention: Do we have data demonstrating that early intervention or detection is effective? What are the efficacy and adverse effects of the intervention? What is the efficiency (cost-effectiveness) of the intervention? What are the patient's preferences concerning the intervention and its consequences? The recommendations aim at answering these questions independently, taking into account the Swiss context and integrating the patient's perspective in a shared decision-making encounter.

Key words: *Guidelines, recommendations, prevention, screening, primary care, decision aids*

Introduction

Le bilan de santé, appelé aussi «check-up», est une activité qui s'inscrit dans le cadre d'une relation médecin-patient basée sur la confiance, la compétence et souvent la fidélité [1, 2]. Cet article présente les recommandations en 2015 pour la prévention primaire et secondaire chez les patients âgés de 20 à 70 ans. Il se base sur les recommandations suisses et internationales [3-7]. Il s'inscrit dans le cadre du programme national de prévention clinique EviPrev, qui réunit les cinq centres académiques de médecine interne générale (Lausanne, Berne, Genève, Bâle et Zürich) et dont un des buts est d'établir des recommandations suisses basées sur les

Résumé

La prévention et le dépistage des maladies font partie du rôle de médecin de premier recours. Ces recommandations sont le fruit d'un travail réalisé dans le cadre du programme EviPrev, qui regroupe des personnes affiliées aux cinq centres académiques de médecine interne générale ambulatoire (Lausanne, Berne, Genève, Bâle et Zürich). Plusieurs questions doivent être abordées avant de réaliser une intervention de prévention: dispose-t-on de données démontrant qu'une intervention précoce est efficace? Quels sont l'efficacité et les effets indésirables de l'intervention? Quelle est l'efficience (rapport coût-efficacité) de l'intervention? Quelles sont les préférences du patient quant à l'intervention et aux conséquences de l'intervention? Ces recommandations de prévention visent à répondre à ces questions de manière indépendante, en tenant compte du contexte suisse et en intégrant la perspective du patient dans un entretien de décision partagée.

preuves pour le bilan de santé au cabinet médical en 2015. Le programme EviPrev est soutenu par la Société Suisse de Médecine Interne Générale, la Société Suisse de Médecine Générale et le Collège de Médecine de Premier Recours [2, 8, 9].

Contexte clinique

La prévention ne se résume bien sûr pas en la simple application de recommandations cliniques (guidelines). Il s'agit souvent de répondre à l'attente du patient dans le cadre d'un contrat implicite. Ainsi faut-il s'intéresser également au motif de consultation, aux inquiétudes et à l'agenda parfois caché du patient [2, 7]. L'im-

pact d'un bilan de santé peut dépendre autant de la qualité relationnelle que du recours aux interventions efficaces [2]. Il est donc primordial d'intégrer les valeurs individuelles du patient dans la prise de décision clinique, en particulier pour les dépistages [10]. Rappelons qu'un dépistage s'adresse à un patient asymptomatique. Il ne s'agit donc pas d'une situation où l'on répond à une plainte clinique («Docteur, je suis très fatigué») ou de type «case-finding» (recherche d'un cancer occulte lors de la survenue d'une thrombose veineuse profonde).

Contexte scientifique et épidémiologique

Face à une intervention de prévention, de conseil de santé et de dépistage, plusieurs questions doivent être abordées avant de la réaliser.

Dispose-t-on de données démontrant qu'une intervention précoce, c'est-à-dire à un stade pré-clinique, est efficace? – Souvent, les réels bénéfices et les inconvénients d'un dépistage sont difficiles à apprécier en pratique individuelle. Rappelons deux biais inhérents aux évaluations d'un dépistage: le biais du temps de devancement (*lead time bias*) et le biais des cancers indolents (*length time bias*) [11]. Le biais du temps de devancement est celui que l'on peut rencontrer dans des études d'observation montrant que le dépistage a artificiellement augmenté la survie d'un cancer depuis le diagnostic sans pour autant que le pronostic (en terme de mortalité en l'occurrence) soit amélioré (figure 1). Le second biais peut se rencontrer dans une étude qui évalue une population de patients au pronostic favorable qui donne au dépistage un bénéfice apparemment positif en terme de survie, alors que celui-ci a systématiquement dépisté les patients aux cancers les moins agressifs. Dès lors, l'essai clinique contrôlé et randomisé représente le meilleur «design» pour évaluer le bénéfice d'un dépistage, même s'il comporte des limites reconnues (sélection des sujets par exemple). Des données d'observation de qualité (par exemple des études prospectives réalisées dans plusieurs types de population) sont parfois suffisantes pour recommander un dépistage (cancer cervical par le test de Papanicolaou) ou le confirmer (cancer du côlon par la colonoscopie par rapport à la recto-sigmoïdoscopie).

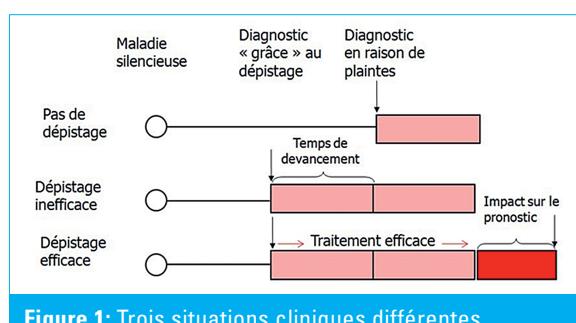


Figure 1: Trois situations cliniques différentes.

Quels sont les impacts individuel et populationnel de l'intervention? – Les bénéfices attendus d'un dépistage sont généralement une diminution du taux de mortalité et/ou une amélioration de la qualité de vie [2, 3]. Ceux-ci devraient être exprimés non seulement en terme relatif, mais également en terme absolu. En effet, la réduction du risque absolu dépend du risque de base et permet ainsi une estimation individuelle de l'effet de l'intervention. Cette approche permet également d'exprimer le bénéfice en termes de nombre de patients nécessaires à traiter au sens large (c'est à dire également «à conseiller» ou «à dépister»), selon la formule du «*number needed to treat*». Ce chiffre est souvent de plusieurs centaines pour un dépistage car, chez les patients asymptomatiques, le risque de base est toujours faible et par conséquent le *number needed to screen* élevé. L'application des recommandations doit être mise dans le contexte de chaque patient, surtout en cas de multimorbidité [12, 13].

Quelles sont les effets secondaires de l'intervention? – Les complications les plus fréquentes des examens de dépistage sont inhérentes à l'investigation elle-même (exposition aux radiations ionisantes par exemple), aux effets secondaires du traitement initié en fonction du résultat positif et l'angoisse générée par un test de dépistage faussement positif, ainsi que la fausse assurance donnée à une personne dont le test s'avère finalement un faux-négatif [2, 3]. Il est donc nécessaire de bien communiquer cette information au patient et de l'inviter à partager la décision de faire ou non un dépistage [10].

Quelle est l'efficience (rapport coût-efficacité) de l'intervention? – Les analyses coûts-bénéfices et coûts-efficacité permettent d'exprimer le bénéfice d'une intervention préventive en unité monétaire [14]. Ces éléments peuvent contribuer à décider du remboursement ou non d'une intervention médicale. Toutefois, ce genre d'analyse se base souvent sur plusieurs hypothèses, parfois sujettes à modification comme en témoignent les analyses de sensibilité.

Quelles sont les préférences du patient sur l'intervention et ses conséquences? – Comme médecins, nous sommes formés à diagnostiquer les maladies et à proposer des interventions préventives aux patients éligibles. Le diagnostic des préférences implique d'intégrer la perspective des patients dans la décision de faire un dépistage [15]. Un patient ayant vécu la mort d'un proche en raison d'un cancer de la prostate sera peut-être davantage prêt à accepter les conséquences d'un éventuel dépistage du cancer qu'un patient désirant avoir affaire le moins possible à des examens médicaux, et qui sera peut-être plus enclin à accepter la possibilité d'un diagnostic tardif d'un éventuel cancer de la prostate. Diagnostiquer les préférences de nos patients fait partie du travail des médecins de premier recours et il existe maintenant des outils pour aider les patients à se situer quant au dépistage dans un entretien avec leur médecin [16]. Les recommandations se doivent d'inté-

grer la perspective des patients et leur complexité. Les résultats d'une revue systématique sur l'utilisation des aides décisionnelles chez des personnes confrontées à des choix de traitement ou de dépistage montre une amélioration des connaissances et une diminution du conflit décisionnel, sans effets négatifs sur les issues cliniques et la satisfaction des soins [18].

Recommendations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical en 2015

Le [tableau 1](#) liste les recommandations des interventions de prévention basées sur des preuves d'efficacité, basées sur la littérature et après consensus dans notre groupe de travail. Les interventions suite à un dépistage positif (test de confirmation, initiation d'un traitement) ainsi que certaines spécificités de la jeune femme (recherche d'une infection à chlamydia) ou du patient de plus de 70 ans (incontinence urinaire par exemple) ne sont pas abordées.

Evaluation des preuves de la littérature

Les interventions identifiées se basent sur: 1) l'efficacité des interventions de modifier le devenir des patients et 2) sur le niveau de preuve de leur efficacité quand appliquées au sein d'un cabinet médical. Par exemple, la recommandation de questionner systématiquement les patients au sujet de leur consommation de tabac a montré un bénéfice en termes de taux d'arrêt du tabac dans des essais cliniques contrôlés [20, 21]. En revanche, le dépistage systématique par un électrocardiogramme d'une maladie cardiovasculaire sous-jacente n'a pas fait l'objet d'essais cliniques et n'a donc pas démontré des preuves d'efficacité [22, 23]. Le tableau de recommandations cherche donc à encourager les interventions efficaces mais sous-utilisées et à limiter les interventions dont l'efficacité et le niveau de preuve d'efficacité sont limitées [24].

Les recommandations sont principalement fondées sur le travail du groupe d'experts américains de médecine préventive (US Preventive Services Task Force – USPSTF), une organisation à but non-lucratif et indépendante synthétisant la littérature et hiérarchisant les recommandations selon leur niveau de preuve d'efficacité [4]. Les recommandations sont adaptées au contexte suisse en tenant compte d'autres recommandations, en particulier celles du Swiss Medical Board (SMB), des sociétés spécialisées, de l'Office Fédéral de la Santé Publique et de l'initiative Smarter Medicine [24]. Les membres du programme EviPrev se réunissent une fois l'an pour valider, dans le cadre d'une démarche de consensus, les recommandations, synthétisées par la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne. Par rapport aux recommandations de l'USPSTF et du SMB, celles d'EviPrev se caractérisent par la proposition des aides à la décision pour les dépistages.

Prévention primaire

Les deux principales interventions de prévention primaire concernent le conseil au cabinet médical (*counseling*) et les vaccinations. De nombreuses données de la littérature montrent que les interventions de prévention primaire sont non seulement efficaces, mais également efficientes, notamment en comparaison avec la prévention secondaire.

Conseil médical pour modifier les comportements délétères pour la santé (*counseling*)

Le conseil médical comprend essentiellement deux parties. La première consiste à identifier le problème et la seconde à intervenir de manière appropriée et efficace. Les comportements qui devraient être abordés lors d'un bilan de santé sont les suivants: *tabagisme, abus ou dépendance alcoolique, alimentation mal équilibrée, sédentarité, comportement sexuel à risque, usage de drogues illicites, ou comportements violents*. L'efficacité du conseil *par le médecin de premier recours*, par contraste à un professionnel spécialisée (par exemple une diététicienne ou un moniteur de sports), n'est actuellement supportée scientifiquement que pour les deux premières interventions, alors que les preuves d'efficacité manquent pour les autres. L'approche FRAMES peut être utilisée pour établir un meilleur lien de confiance avec le patient ([tableau 2](#)) [2], tout comme l'approche promue dans le programme «Coaching Santé» [25], et les programmes spécifiques en promotion d'activité physique «PAPRICA» [26] ou de conseils en arrêt du tabac «Vivre Sans Tabac» [27].

Dépistages

Cancer colorectal

Depuis juillet 2013, le dépistage du cancer du côlon est remboursé par l'assurance obligatoire des soins en Suisse pour toute personne âgée de 50 à 69 ans [28]. Les méthodes de dépistage remboursées comprennent la coloscopie (tous les dix ans) et la recherche de sang occulte dans les selles par un test au gaïac ou immunologique (tous les deux ans). L'autorité fédérale décidera ultérieurement d'une éventuelle exonération de la franchise, en particulier si ce dépistage est réalisé dans le cadre de programmes cantonaux, comme le programme pilote en cours de développement dans le canton de Vaud [29].

Cancer du sein

Le débat concernant l'efficacité de la mammographie (réduction de la mortalité spécifique) et son risque de surdiagnostic est vif depuis plusieurs années.

Le groupe *Independent UK Panel on Breast Cancer Screening* a conduit sur la base des essais contrôlés randomisés une analyse de l'efficacité du dépistage du cancer du sein ainsi que du risque de surdiagnostic [30]. Le dépistage du cancer du sein est efficace avec une ré-

RECOMMANDATIONS EVIPREV

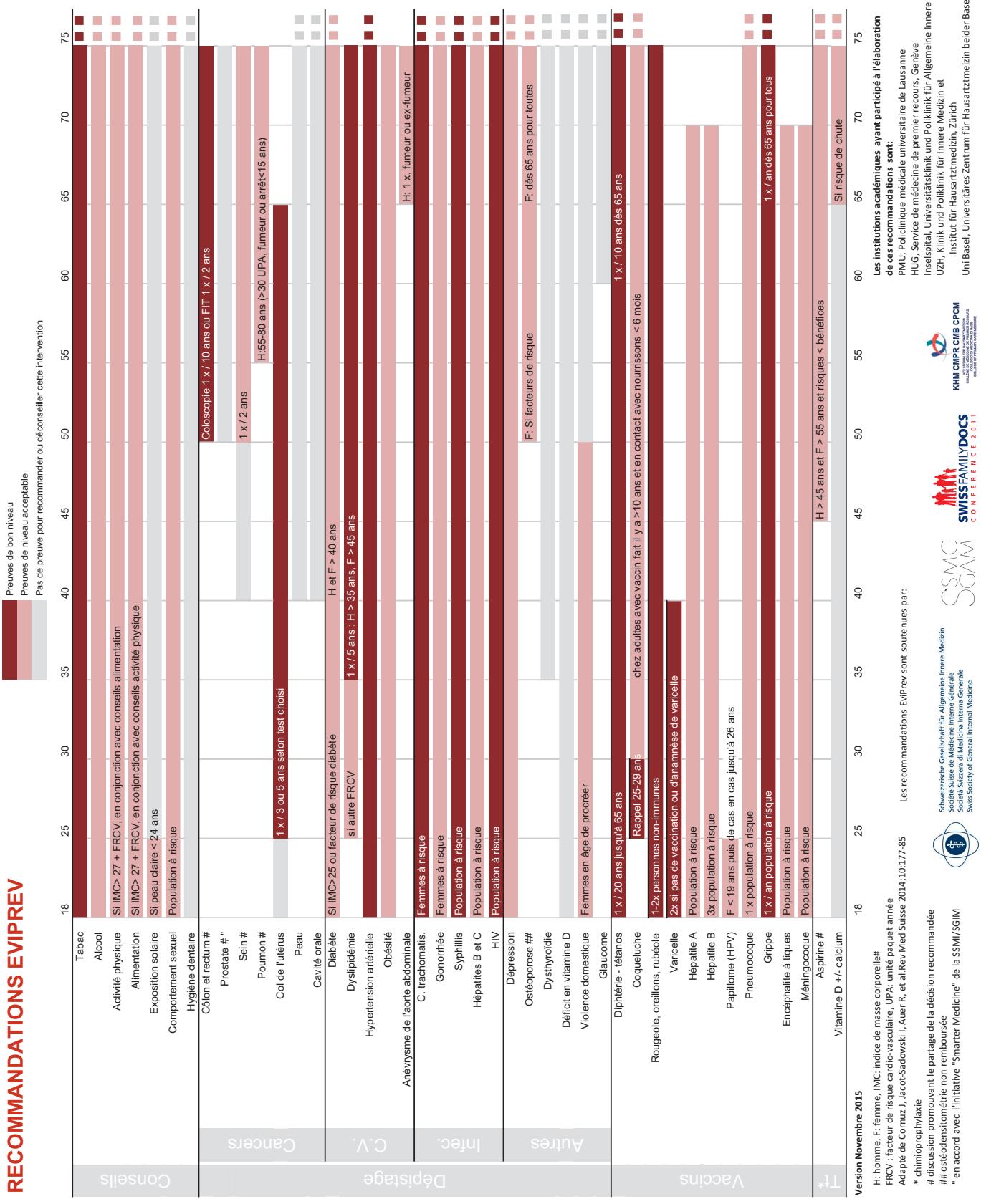


Tableau 1: Recommandations des interventions de prévention.

Les institutions académiques ayant participé à l'élaboration de ces recommandations sont:
 HUG, Service de médecine de premier recours, Genève
 Inselspital, Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Berne
 UZH, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin et
 Institut für Hausarztmedizin, Zürich
 Uni Basel, Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel



Les recommandations EvIPrev sont soutenues par:

H: homme, F: femme, IMC: indice de masse corporelle#
 FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire, UPA: unité paquet annexe
 Adapté de Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Auer R, et al. Rev Med Suisse 2014;10:177-85
 * chimiorépaxine
 ## ostéodensitométrie non remboursée
 "en accord avec l'initiative "Smarter Medicine" de la SMI/SGM

Tableau 2: Conseil au cabinet médical par l'approche FRAMES.¹

Feed-back	L'information est restituée au patient (consommation d'alcool: fréquence et quantité du tabagisme: individualisation du risque)
Responsibility	La responsabilité et la décision du changement de comportement incombent au patient, le médecin n'est qu'un facilitateur
Advice	Des conseils clairs et fermes sont donnés: arrêt du tabac, modération de la consommation alcoolique, «donner rendez-vous» à sa santé pour la mise en route d'une activité physique d'intensité modérée
Menu	Le médecin propose un choix ou un menu des différentes options. Pour l'alcool: quantité, délai et rythme de la réduction d'alcool; pour le tabagisme: fixation d'une date d'arrêt et préparation de celle-ci, puis proposition de prescription d'un médicament pour faciliter la désaccoutumance.
Empathy	Le médecin fait preuve d'empathie, évite les jugements de valeur et valorise les efforts du patient.
Self-efficacy	Le patient est le chef d'orchestre de sa prise en charge

¹ Initialement cité dans Cornuz J, et al. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: quelles sont les priorités en 2002? Rev Med Suisse. 2002;60:2008–16.

duction du risque relatif de la mortalité liée au cancer du sein de l'ordre de 20% (risque relatif de 0,80). Cela signifie qu'un décès par cancer du sein est évité pour 235 femmes invitées à participer à un programme de dépistage de 50 à 70 ans comprenant une mammographie tous les trois ans (soit 43 décès prévenus pour 10 000 femmes invitées). Le bénéfice pour les femmes participant au programme (et non pas seulement invitées) était supérieur: 1 décès par cancer du sein évité pour 180 femmes participant au dépistage. Le risque cumulé de surdiagnostic varie de 11% à 19% selon que l'on considère une perspective populationnelle ou individuelle. Autrement dit, 1/77 femme âgée de 50 ans invitée pendant 20 ans à un programme de dépistage de cancer du sein aura un cancer sur-diagnostiqué (soit 130 femmes avec un surdiagnostic pour 10 000 femmes invitées), comme récemment confirmé [31]. Compte tenu de la confirmation de l'efficacité du dépistage d'une part et du risque de surdiagnostic d'autre part, ces chiffres peuvent aider les patientes à évaluer le rapport risque – bénéfice et à décider de façon informée de leur participation ou non.

Cancer de la prostate

En octobre 2011, l'USPSTF changeait sa recommandation du dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de I (preuves insuffisantes pour recommander l'intervention) à D (Intervention non recommandée), sans recommandation particulière en fonction de l'âge [32]. Ce changement est le fruit d'une interprétation des résultats divergents de deux essais cliniques randomisés (ECR) publiés en 2009. L'USPSTF estime que l'efficacité du dépistage par PSA sur la mortalité liée au cancer de la prostate après 10–14 années est au mieux très faible dans l'étude européenne (réduction relative: 0,79; IC95%: 0,68–0,91, réduction absolue = 0,09%, nombre d'hommes non décédés par

cancer de la prostate grâce au dépistage 0–1/1000), alors que l'étude américaine ne montre aucun bénéfice. Si l'efficacité a été jugée faible, le risque d'effets secondaires liés au dépistage a été considéré comme suffisamment important pour l'USPSTF pour conclure que les effets secondaires l'emportent sur les éventuels bénéfices. En novembre 2011, le SMB recommandait également de renoncer au dosage du PSA [33].

L'USPSTF a-t-il été trop loin dans cette recommandation D? L'USPSTF aurait-il pu garder le grade I en soulignant la nécessité d'individualiser la décision comme il le fait pour d'autres situations? Peut-être. C'est en effet typiquement lors d'une telle situation (incertitude des données tant au niveau épidémiologique qu'expérimental) que la décision pourrait être individualisée dans le cadre d'une approche de type partage de la décision. La plupart de nos patients de plus de 50 ans ont déjà entendu parler de ce dépistage et sont sensibilisés à celui-ci. Dès lors, il pourrait être plus approprié de leur présenter les avantages et inconvénients, d'engager une discussion à ce sujet, que d'espérer qu'ils n'aborderont pas ce thème lors des consultations. L'utilisation d'une aide à la décision, comme celle récemment développée pour le contexte suisse, peut faciliter la discussion sur le sujet au cabinet médical [16].

Cancer du poumon

Le dépistage du cancer du poumon a fait l'objet d'un grand intérêt depuis la publication de l'étude NLST (*National Lung Screening Trial Research*), montrant une réduction de la mortalité chez des fumeurs ayant bénéficié pendant 3 ans d'un dépistage par CT thoracique [35]. Cet essai clinique a inclus 53 000 sujets fumeurs actifs ou anciens fumeurs, âgés de 55 à 74 ans, répartis en 2 groupes (CT thoracique à faible dose 1×/an pendant 3 ans ou une radiographie thoracique pour le groupe contrôle) et suivis durant 6,5 ans. La mortalité par cancer pulmonaire était réduite de 20% et la mortalité relative globale réduite de 6,7% dans le groupe CT. La distribution par stades au moment du diagnostic montrait davantage de stades I (50 versus 31,1%) et moins de stade IV (21,7 versus 36,1%) dans le groupe CT, un «stage shift» attendu des programmes de dépistages! En prenant en compte les sujets qui ont participé à au moins un examen de dépistage et les pourcentages de décès dans les deux groupes (346/26455 vs 425/26232), le nombre de sujets devant être dépistés pour éviter un décès par cancer pulmonaire était de 320 [35].

Bien que ces données soient prometteuses, de nombreuses questions demeurent, comme le nombre élevé de faux positifs (95% dans les 2 groupes), le risque de surdiagnostic, l'intervalle optimal entre les CT, la durée du processus, l'optimisation de la prise en charge du nodule, la faisabilité et le coût. Les participants à l'étude différaient de la population générale de fumeurs par plusieurs caractéristiques (sujets jeunes, moins de fumeurs actifs, niveau socio-éducatif plus

élevé], suggérant une meilleure santé globale (*healthy volunteers bias*), ce qui pourrait faire surestimer les bénéfices du dépistage.

Les hôpitaux et cliniques pratiquant ce dépistage ne devraient pas recruter des patients en mettant en avant la peur du cancer pour le promouvoir ou faire croire que le risque peut être éliminé (au lieu d'être réduit!) [35, 36]. Il faudrait également éviter que ce dépistage aboutisse à un auto goal médico-sanitaire, à savoir que les fumeurs ayant un dépistage négatif décident finalement de ne pas mettre à leur agenda l'arrêt du tabagisme, réconfortés de ne pas avoir de cancer pulmonaire, oubliant ainsi les autres conséquences de leur consommation de tabac (maladies cardiovasculaires, autres cancers, ...).

Maladies cardiovasculaires

Nous proposons de reprendre les recommandations de 2014 du groupe de travail suisse Lipides et Athérosclérose (GSLA) [37, 38], en y intégrant celles de l'USPSTF [37].

Dyslipidémies

L'indication au traitement se base sur l'estimation du risque cardiovasculaire basé sur le score de PROCAM adapté pour la Suisse (ou celui de l'ESC). En prévention primaire, des doses «standards» de statines permettent très souvent d'atteindre les valeurs cibles de LDL-cholestérol. Il n'est pas recommandé de prescrire de statines aux patients à faible risque, à moins d'une dyslipidémie familiale, mais de favoriser les mesures de style de vie et une information neutre telle que développée récemment [38]. Afin de favoriser le partage de la décision de prendre ou non une statine après présentation des bénéfices et risques de la prise de statine, la PMU a récemment adapté en langue française une aide à la décision développée par la Mayo Clinic [39].

Contexte général du dépistage de l'athérosclérose chez les adultes asymptomatiques

Les bénéfices de traiter une occlusion vasculaire asymptomatique (découverte à l'occasion d'un dépistage) ne semblent pas apporter de bénéfice additionnel à un contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaires. Par ailleurs, il n'y a pas de preuve que l'identification de la maladie cardiovasculaire asymptomatique entraîne un changement de comportement [40].

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

Suite aux résultats positifs de quatre grandes études randomisées contrôlées comparant, sur un collectif total de 125 000 personnes, le dépistage par ultrason abdominal à l'absence de dépistage, l'USPSTF recommande de réaliser une fois un ultrason abdominal à la recherche d'AAA chez les hommes entre 65 et 75 ans fumeurs actifs ou anciens fumeurs [4, 41]. Le dépistage

permet une diminution d'environ 40% de la mortalité spécifique à l'AAA. Il faut cependant nuancer ces résultats. D'une part, les études sont de type «population-based» et ont proposé des protocoles précis de prise en charge du résultat de l'ultrason abdominal. La généralisation de ces données à la pratique médicale ambulatoire courante (dépistage proposé par un médecin praticien, et par exemple réalisé par un angiologue en ville, puis prise en charge en fonction du résultat) n'est pas connue. D'autre part, en raison du risque absolu, heureusement faible, de décéder d'AAA, le nombre de fumeurs et ex-fumeurs âgés de 65 à 75 ans nécessaires à dépister pour prévenir un décès lié à l'AAA est particulièrement élevé, de l'ordre de 500.

Dépistage de la maladie coronarienne par électrocardiogramme de repos

L'USPSTF recommande de ne pas effectuer d'ECG chez les adultes asymptomatiques à faible risque [4, 22]. Les preuves d'efficacité dans la population à risque cardiovasculaire intermédiaire ou haute restent incertaines.

Conclusion

Rappelons qu'un dépistage apparaît toujours plus attractif qu'il ne l'est en vérité, et ceci autant aux médecins qu'aux patients. Concernant le test lui-même, les pièges sont nombreux: avancement du diagnostic sans modification du pronostic (*lead time*); identification de tumeurs indolentes, qui n'auraient jamais été symptomatiques (*length time* et *surdiagnostic*); bénéfice exprimé uniquement en réduction du risque relatif, donc de manière plus avantageuse qu'en réduction du risque absolu (*number needed to be screened*) [11]. Du côté du médecin existe parfois la crainte de regretter, une fois un cancer déclaré chez un patient, de ne pas l'avoir anticipé (*anticipated regret*), ainsi que l'image du médecin qui «s'occupe bien de ses patients», non seulement quand ils sont malades, mais également de manière pro-active [42]. Du côté des autorités d'enregistrement, il faut relever leur faible exigence pour les tests paracliniques, en comparaison avec celle des médicaments: pas de passage par des essais cliniques de phases I, II et III. Dès lors qu'un test remplit des critères de validité (sensibilité, spécificité, ...), de précision (faible variabilité) et de sécurité, il peut souvent être admis en pratique quotidienne.

Face à un nouveau test de dépistage pour lequel les données scientifiques sont non concluantes, divergentes, incomplètes (PSA, scanner pulmonaire, ...), nous avons finalement trois options: 1) du moment qu'il est sûr, l'adopter sans attendre des données solides sur son impact sur le pronostic du patient (par exemple, doser le PSA); 2) ne rien entreprendre, ne rien dire à son patient, sauf si celui-ci est demandeur (et encore!); 3) être proactif, partager avec lui les incer-

titudes liées au dépistage (faux-positifs, faux-négatifs, investigations complémentaires, ...). En quelque sorte, ce sont trois visions de notre métier: dans le 1^{er} cas, celle de la médecine triomphante; dans le 2^e cas, un certain paternalisme médico-sanitaire («je sais ce qui est bon pour la santé de mes patients») et le 3^e, à nos yeux, celui de privilégier le partage de l'information et l'évaluation des préférences de nos patients [15]; bref adopter l'attitude récemment appelée par le JAMA «*Encouraging patients to ask questions*»[43]!

Remerciements

Nous remercions les Drs Idris Guessous, Romain Lazor et David Nanchen pour leur contribution dans des revues de synthèse précédentes.

Disclosure statement

EB is or was member of several advisory boards in anticoagulation, hypertension, dyslipidemia and other aspects of cardiovascular prevention and internal medicine. He has received speaker honoraria from several companies active in the above named fields.

Références

- 1 Woolf SH, Jonas S, Kaplan-Liss E. Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 2 Cornuz J, Gervasoni J, Hengstler P, Battegay M, Battegay E. Prevention primaire et dépistage chez l'adulte: quelles sont les priorités en 2002? *Medecine & Hygiène*. 2002;60:2008-16.
- 3 Wirth C, Stanga Z, Birnenbach T, Egermann U, Rodondi N. Evidenz-basierter Check-up aus allgemeininternistischer Sicht. *Praxis*. 2013; 102(11):647-56.
- 4 US Preventive Services Task Force <http://www.uspreventiveservices taskforce.org>.
- 5 Canadian Task Force on the Periodic Health Care.
- 6 Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Nanchen D, et al. [Primary prevention and screening in adults: update 2014]. *Rev Med Suisse*. 2014; 10(414):177-178, 180-175.
- 7 Virginie V, Meindl-Fridzé C, Battegay E, Zimmerli LU. Check-up examination: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14075.
- 8 Cornuz J, Rodondi N, Ospelt R, et al. EviPrev, un programme de prévention et de promotion de la santé à l'intention des médecins praticiens. *Bulletin Méd Suisse*. 2010;91:60-3.
- 9 EviPrev, un programme de prévention et de promotion de la santé à l'intention des médecins praticiens. <http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=120&page=108>.
- 10 Cornuz J, Kuenzi B, Krones T. Shared decision making development in Switzerland: room for improvement! *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2011;105(4):296-9.
- 11 Fletcher R, Robert Fletcher MDM, Fletcher SW. *Clinical Epidemiology: The Essentials*. Wolters Kluwer Health; 2013.
- 12 Salisbury C, Procter S, Stewart K, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e751-9.
- 13 Uhlig K, Leff B, Kent D, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*. 2014;29(4):670-9.
- 14 Neumann PJ, Cohen JT, Weinstein MC. Updating cost-effectiveness – the curious resilience of the \$50,000-per-QALY threshold. *N Engl J Med*. 2014;371(9):796-7.
- 15 Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572.
- 16 Aides à la décision. Polyclinique Médicale Universitaire. http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante.htm.
- 17 Stefanek ME. Uninformed Compliance or Informed Choice? A Needed Shift in Our Approach to Cancer Screening. *J Natl Cancer Inst*. Nov 21 2011.
- 18 Stacey D, Legare F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1:CD001431.
- 19 Zyska Cherix A, Zoller M, Moix E, et al. Perceptions and barriers to the implementation of prevention and health promotion in General Practice: a Study of Swiss GPs. Paper presented at: WONCA2009; Basel.
- 20 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(2):CD001292.
- 21 Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(2):CD000165.
- 22 Chou R, Arora B, Dana T, Fu R, Walker M, Humphrey L. Screening Asymptomatic Adults With Resting or Exercise Electrocardiography: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011;155(6):375-85.
- 23 Gencer B, Auer R, Shah D, Rodondi N. [Should we perform a screening ECG among asymptomatic adults?]. *Rev Med Suisse*. 2014; 10(420):549-53.
- 24 Selby K, Cornuz J, Neuner-Jehle S, et al. Vers une médecine interne générale plus efficiente: «Smarter Medicine». *PrimaryCare*. 2014;14(10):166-7.
- 25 Neuner-Jehle S, Gruninger U, Schmid M. [Health counseling in primary care doctors' offices: a new wind! The Health Coaching Program of the Swiss College of Primary Care Medicine]. *Rev Med Suisse*. 2014;10(430):1057-61.
- 26 Programme de promotion de l'activité physique au cabinet médical PAPRICA. http://www.paprica.ch/VP_1/.
- 27 Vivre sans tabac – conseil médical en désaccoutumance. <http://www.vivre-sans-tabac.ch/index.php?langue=F>.
- 28 Office fédéral de la santé publique. Dépistage du cancer du côlon. Vol 272013:455.
- 29 Informations pour professionnels de la santé. Programme de dépistage du cancer colorectal du Canton de Vaud. http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante/pmu-programme-depistage-can cercolon.htm.
- 30 Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013;108(11):2205-40.
- 31 Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Breast-cancer screening—viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2015;372(24):2353-8.
- 32 Chou R, Croswell JM, Dana T, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011;155(11):762-771.
- 33 Swiss Medical Board. Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate. 2011.
- 34 Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. [Cancer screening in clinical practice: the value of shared decision-making]. *Rev Med Suisse*. 2010;6(256):1410-4.
- 35 Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *NEJM*. 2011;365(5):395-409.
- 36 Frauenfelder T, Puhan MA, Lazor R, et al. Early detection of lung cancer: a statement from an expert panel of the Swiss university hospitals on lung cancer screening. *Respiration*. 2014;87(3):254-64.
- 37 Groupe de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA). <http://www.gsla.ch>.
- 38 Nanchen D, von Eckardstein A, Riesen W, et al. Prise de position du GSLA sur les recommandations américaines prise en charge du cholestérol 2013. *Forum Med Suisse*. 2014;14(19):378-81.
- 39 Statines? Comprendre les enjeux. http://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr.
- 40 Rodondi N, Collet TH, Nanchen D, et al. Impact of carotid plaque screening on smoking cessation and other cardiovascular risk factors: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2012;172(4):344-52.
- 41 Fleming C, Whitlock EP, Beil TL, Lederle FA. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: A Best-Evidence Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2005;142(3):203-11.
- 42 Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. The importance and complexity of regret in the measurement of 'good' decisions: a systematic review and a content analysis of existing assessment instruments. *Health Expect*. 2011;14(1):59-83.
- 43 Judson TJ, Detsky AS, Press MJ. Encouraging patients to ask questions: how to overcome "white-coat silence". *JAMA*. 2013; 309(22):2325-6.

Correspondance:

Professeur Jacques Cornuz
Directeur, médecin chef
PMU, Polyclinique médicale universitaire
Rue du Bugnon 44
Bureau 06/2109
CH-1011 Lausanne
Jacques.Cornuz[at]unil.ch