

# REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

20 mai 2020

694

## MÉDECINE DE FAMILLE

### MÉDECINE DE FAMILLE INTENSIVE

Pompes et systèmes de mesure  
en continu du glucose

Autotests en vente libre

Recherche : vers une médecine  
de famille basée sur les preuves

Médecine de famille et littérature  
scientifique en 2019

Médecine psychosociale intensive  
au cabinet

Co-bénéfices de la promotion de la  
santé sur le réchauffement climatique

Crise sanitaire et crise suicidaire:  
éclairages en miroir

Hâte-toi lentement

Volume 16, 1017-1068  
ISSN 1660-9379

**M.H**  
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

**SMSR**  
SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DE LA SUISSE ROMANDE



# SANTÉ EN PRISON

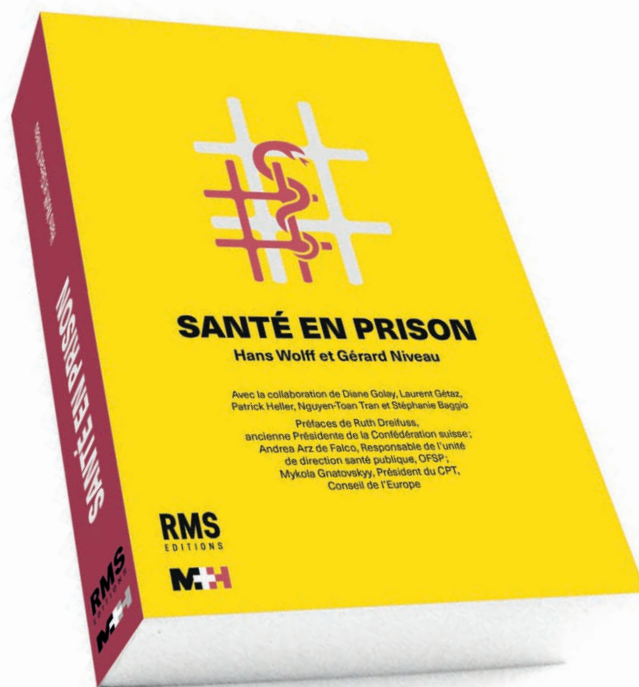
sous la direction de  
HANS WOLFF et GÉRARD NIVEAU

816 pages

16.5 x 23,5 cm

ISBN : 9782880494100

2019



## SANTÉ EN PRISON

sous la direction de  
HANS WOLFF et GÉRARD NIVEAU

Unique en son domaine, cet ouvrage s'adresse à toutes celles et ceux, professionnels de santé et personnel pénitentiaire, qui ont pour responsabilité la sauvegarde de l'intégrité physique et psychique des personnes détenues. Il présente les aspects juridiques, éthiques et organisationnels de la médecine en milieu carcéral, puis décrit les pratiques de médecine de premier recours et de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ce livre résulte des contributions de 90 auteurs reconnus dans les domaines de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, du droit et du monde pénitentiaire, tant au niveau national qu'international.

*Préfaces d'Andrea Arz de Falco, responsable de l'unité Santé publique, OFSP ; Mykola Gnatovskyy, Président du CPT, Conseil de l'Europe ; Ruth Dreifuss, Ancienne Présidente de la Confédération suisse.*

## COMMANDE

Je commande :

\_\_\_ ex. de **SANTÉ EN PRISON**

CHF 85.- / 77 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays : 5 €

**En ligne :** boutique.revmed.ch

**e-mail :** livres@medhyg.ch

**tél :** +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55

**ou retourner ce coupon à :**

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....  
.....

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa  Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

# REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

20 mai 2020

694

## ÉDITORIAL

1019 Médecine de famille intensive. *F. Héritier, N. Senn, D. M. Haller et J. Sommer*

## MÉDECINE DE FAMILLE

1022 Traitements intensifs en médecine de famille: usage de pompes et systèmes de mesure en continu du glucose. *G. Gastaldi, S. Pautex, L. Jelk-Morales, F. Léocadie, C. Sierro et J. Sommer*

1026 Autotests en vente libre, vraiment utiles? *S. Zurita, N. Senn et B. Pedrazzini*

1034 Comment intensifier les efforts de recherche pour une médecine de famille basée sur les preuves? Proposition de cadre conceptuel. *H. Maisonneuve et D. M. Haller*

1039 Pour une meilleure prise en charge des patients en médecine de famille: quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2019? *C. Cohidon et N. Senn*

1044 Médecine psychosociale intensive au cabinet: quelques outils pratiques. *S. Luthi, S. Ben Hassel, A.-C. Héritier Barras et J. Sommer*

1049 Cobénéfices de la promotion de la santé sur le réchauffement climatique. L'exemple de l'alimentation et de la mobilité. *H. Delorme, J. Gonzalez Holguera, N. Niwa, C. Backes et N. Senn*

1021 Résumés des articles

1056 QCM d'autoévaluation

## COVID-19

1057 Crise sanitaire et crise suicidaire: éclairages en miroir. *P. Prada, C. Greiner, M. de Nérès et G. Bondolfi*

1060 Hâte-toi lentement. *F. Pilet*

## COVIDWATCH

1066 Traitement anti-androgène: facteur de protection? *M. Glauser*

## INFOS PATIENTS

1061 Soleil et mélanome

## POINT DE VUE

1062 Covid-19: la faillite annoncée de l'essai clinique européen Discovery. *J.-Y. Nau*

## AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

1064 Covid-19: éléments de connaissances concernant les enfants. *J.-Y. Nau*

## EN MARGE

1066 Miscellanées médicamenteuses et coronavirales. *J.-Y. Nau*

## ACTUALITÉ

1063 **Carte blanche.** Petite chronique pandémique. *J.-L. Vonnez*

1064 **Dépendances en bref.** Utilisation de la cigarette électronique par les adolescents. *E. Aminian et S. Levy*

## BLOC-NOTES

1068 Science et doutes: le bazar. *B. Kiefer*

## Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

### ÉDITION

Médecine et Hygiène,  
société coopérative;  
www.medhyg.ch  
Président du Conseil d'administration:  
Pr Jean-François Balavoine  
Directeur: Dr Bertrand Kiefer

### RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer  
Rédacteurs en chef adjoints:  
Dr Gabrielle de Torrenté de la Jara,  
Pr Alain Pécoud et Dr Pierre-Alain Plan  
Rédacteurs: Marina Casselgn, Michael Balavoine et Stéphanie Gardier

Secrétaires de rédaction:  
Chantal Lavanchy (resp.),  
Joanna Szymanski et Dominique Baud  
Fax rédaction: 022 702 93 55  
E-mail: redaction@revmed.ch  
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)  
et Jeanine Rampon  
Tél. publicité: 022 702 93 41  
E-mail: pub@medhyg.ch  
Responsable web:  
Dr Pierre-Alain Plan  
E-mail: webmaster@revmed.ch  
Préresse:  
Frédéric Michiels (resp.),  
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS  
(version imprimée + internet + iPad)  
Tél.: 022 702 93 11  
E-mail: abonnement@revmed.ch  
Suisse (CHF):  
individuel: 195.-;  
médecins assistants: 130.-;  
étudiants: 75.-;  
institutionnel: 268.- par an  
(version imprimée)  
Etranger (CHF): individuel: 286.-;  
médecins assistants et étudiants:  
198.-; institutionnel: 349.- par an  
Institutions (accès électronique)  
en Suisse et à l'étranger: contacter  
pub@medhyg.ch

Organe officiel de la Société médicale  
de la Suisse romande (www.smsr.ch)  
Revue officielle de la Société suisse  
de médecine interne générale  
La Revue Médicale Suisse bénéficie  
d'un soutien de la FMH (Fédération  
des médecins suisses)

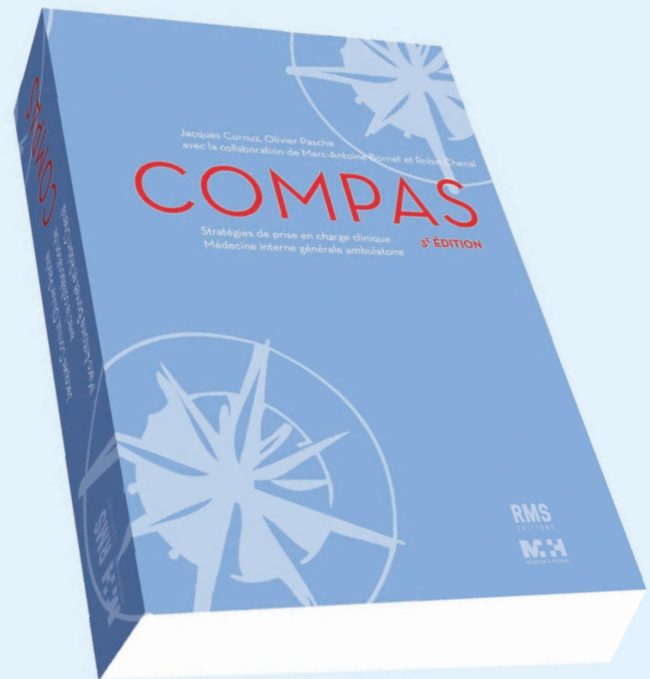
Indexée dans:  
• MEDLINE/PubMed  
• EMBASE/Excerpta Medica  
• EMCare  
• Scopus

Médecine et Hygiène édite aussi  
le site de santé grand public:  
www.planetesante.ch

# COMPAS

Stratégies de prise en charge clinique  
Médecine interne générale ambulatoire

Jacques Cornuz,  
Olivier Pasche  
Centre universitaire de médecine  
générale et santé publique de  
Lausanne (Unisanté)



792 pages  
Format: 13,5 x 19,5 cm  
ISBN: 9782880494469  
2019

3<sup>e</sup> édition

## COMPAS

**Jacques Cornuz, Olivier Pasche**  
**Centre universitaire de médecine générale et**  
**santé publique de Lausanne (Unisanté)**

Mieux se repérer afin d'optimiser la prise en charge d'un patient de médecine générale : voici ce que propose le COMPAS, depuis 2010.

Le COMPAS s'adresse aussi bien au médecin en formation qu'au médecin de famille ou à l'étudiant en médecine. Cette troisième édition, entièrement mise à jour et qui intègre les dernières acquisitions de la littérature médicale, résulte une nouvelle fois de la collaboration indispensable entre médecins de premier recours et médecins spécialistes. Ses 47 chapitres clarifient les stratégies - diagnostiques et thérapeutiques - de prise en charge des pathologies courantes en médecine de premier recours.

Dirigé par le Pr Jacques Cornuz et le Dr Olivier Pasche du Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) de Lausanne, le COMPAS confirme que la pratique de la médecine reste un subtil assemblage des connaissances scientifiques, de l'expertise clinique et de l'écoute du patient.

## COMMANDE

Je commande:  
\_\_\_ ex. de **COMPAS 3<sup>e</sup> édition**

CHF 69.- / 62 €  
Frais de port offerts pour la Suisse.  
Autres pays: 5 €

**En ligne:** boutique.revmed.ch  
**e-mail:** livres@medhyg.ch  
**tél:** +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55  
**ou retourner ce coupon à:**  
Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg  
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse .....

.....

.....

Date et signature .....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa  Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration: .....

# Médecine de famille intensive\*

Dr FRANÇOIS HÉRITIER, Pr NICOLAS SENN, Dr DAGMAR M. HALLER et Pr JOHANNA SOMMER



Articles publiés  
sous la direction de

**NICOLAS SENN  
FRANÇOIS HÉRITIER**

Institut universitaire  
de médecine de  
famille, Université de  
Lausanne

**JOHANNA SOMMER  
DAGMAR HALLER**

Unité des internistes  
généralistes et  
pédiatres, Faculté de  
médecine, Université  
de Genève

« *They did not know it was impossible  
so they did it* »  
Mark Twain

En octobre 2019, lors du choix du thème pour ce numéro de la *Revue Médicale Suisse*, nous étions loin d'imaginer la crise sanitaire et globale que nous sommes en train de traverser. Du concept abstrait, englobant certains aspects de notre pratique, la médecine de famille intensive s'est transformée, en l'espace de quelques mois, en une réalité mordante au quotidien.

En cette période d'épidémie Covid-19, nous entendons surtout les besoins critiques en lits de soins intensifs (essentiels il est vrai). Mais non moins importante pour la survie du système de santé face à cette pandémie, est la présence d'un tissu dense et performant de soins primaires, indispensable au bon fonctionnement du système.

Il n'est donc pas vain de prétendre à une médecine de famille intensive. Vous en douteriez encore? Alors découvrez avec curiosité et intérêt la série d'articles que vous propose ce numéro des instituts de médecine de famille des universités de Genève et de Lausanne.

Parler de médecine intensive, c'est très rapidement évoquer toute une panoplie de technologies de pointe. En médecine de famille aussi, le high-tech peut intervenir dans notre quotidien avec, par exemple, l'usage de pompes à morphine au domicile et les systèmes de mesure en continu du glucose. L'évolution rapide de ces technologies peut nous déstabiliser. De fait, il est utile de rappeler les indications et le fonctionnement de ces dispositifs de haut niveau afin de mieux gérer certaines situations ambulatoires particulières.

Autre développement technologique d'avant-garde, la multiplication des autotests en vente libre pour les patients pose beaucoup de questions au médecin de famille. Hormis quelques exceptions (VIH, FIT), il n'est actuellement pas clair si leur utilisation est réellement bénéfique pour le consommateur et si un impact favorable peut être attendu en termes de santé publique. Quelques pistes sont proposées aux médecins pour une grille de lecture critique et des recommandations personnalisées pour leurs patients.

Mettre au point de nouvelles techniques, c'est idéalement s'appuyer sur des preuves de recherche soutenue et appliquée. Le cadre d'exercice différent de la médecine de famille

permet-il une intensification des efforts de recherche dans ce domaine? Assurément! Pour cela, proposition est faite d'un cadre conceptuel permettant d'ancrer la recherche dans la pratique quotidienne des médecins de famille, afin de les aider à poser des questions, collecter des données ou implémenter des interventions fondées sur des

preuves. Sans doute, un tel cadre installé en amont nous aurait-il aidés à collecter en temps et en heures les données nécessaires pour y voir plus clair dans la multitude des stratégies diagnostiques et des traitements évoqués pour faire face au Covid-19 ces dernières semaines.

La pratique efficace et efficiente de la médecine de famille intensive s'appuie également sur un mode de fonctionnement et d'organisation optimal. À cet égard, comme dans une structure de soins hospitalière, la complémentarité des rôles et des compétences de l'équipe est primordiale. C'est bien sûr d'interprofessionnalité dont il est question, au-delà du traditionnel tandem médecin-assistante médicale!

**UN TISSU DENSE  
ET PERFORMANT  
DE SOINS  
PRIMAIRE EST  
INDISPENSABLE  
AU BON  
FONCTIONNEMENT  
DU SYSTÈME**

Qui dit médecine intensive, pense aussi crises de toutes sortes, à gérer en urgence avec des machines, des tuyaux et beaucoup de moyens humains. Si les défaillances d'organe semblent s'imposer dans nos esprits, n'oublions pas les crises psychosociales. Ce n'est pas une crise rare et elle peut vite dépasser les ressources d'un cabinet médical généraliste. Elle nécessite des outils spécifiques et une prise en charge globale et soutenue demandant du temps et des compétences de communication et de collaboration multidisciplinaire.

Enfin, l'intensité des débats actuels autour des questions d'environnement ne saurait laisser indifférents les médecins de famille. En effet, même si le rôle qu'ont à jouer ces médecins en lien avec le réchauffement climatique reste largement ouvert, il apparaît déjà important de promouvoir les interven-

tions bonnes pour la santé qui permettent de réduire les émissions de gaz à effet de serre, ce que l'on nomme les co-bénéfices. C'est le cas de l'alimentation et de la mobilité. Un bref tour d'horizon permet d'offrir quelques pistes pour mieux soigner patients et environnement.

Impossible n'est donc pas un mot des médecins de famille, «*They did it*». Ce bouquet d'articles le confirme et si quelque doute perçait encore, il suffirait de relever leur engagement indéfectible en cette période d'épidémie ou leur militantisme en faveur d'un système de santé et d'un monde durables.

Intense lecture!

\* Editorial rédigé le 09/04/2020.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1022-5

## Traitements intensifs en médecine de famille: usage de pompes et systèmes de mesure en continu du glucose

G. Gastaldi, S. Pautex, L. Jelk-Morales, F. Léocadie, C. Sierro et J. Sommer

**L**es dispositifs technologiques font partie de la médecine actuelle. Les pompes à insuline, la mesure en continu du glucose (MCG) ainsi que les pompes à morphine sont présentées ici pour aider le médecin de famille à gérer ces différentes situations intensives. Les pompes à insuline externes et la MCG ont révolutionné la prise en charge du diabète sucré. Pourtant, leur utilisation demande une forte implication du patient, soit l'opposé d'une gestion automatisée du diabète. Les pompes à morphine sont une grande aide lorsque le patient en fin de vie ne peut plus avaler de comprimés ou lorsque l'absorption orale est aléatoire. Cet article résume les principes de fonctionnement de ces dispositifs technologiques, les problématiques communes et les situations à risque pour la pratique du médecin de premier recours.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1039-43

## Pour une meilleure prise en charge des patients en médecine de famille: quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2019?

C. Cohidon et N. Senn

**L'**interprofessionnalité (IP) en médecine de premier recours est largement encouragée. Cependant, si les étudiants en médecine ont une attitude favorable vis-à-vis de l'IP, celle-ci est dégradée lorsqu'ils atteignent le postgrade. Une revue de littérature sur le travail en IP montre que si ses effets positifs sont assez clairement établis sur les processus de soins, ils le sont moins pour ce qui concerne la santé des patients. Un troisième article sur le nombre annuel de visites en médecine de famille montre son absence d'association avec la mortalité ou encore les admissions hospitalières. Un dernier article, chinois, vise à modifier la perception du délai d'attente acceptable pour les patients afin d'améliorer leur satisfaction vis-à-vis du système de soins. Les résultats pourraient être extrapolables à nos systèmes !

Rev Med Suisse 2020; 16: 1034-8

## Comment intensifier les efforts de recherche pour une médecine de famille basée sur les preuves? Proposition de cadre conceptuel

H. Maisonneuve et D. M. Haller

**L**a consultation de médecine de famille (MF) est caractérisée par des aspects épidémiologiques et phénoménologiques différents de ceux des autres spécialités. Malheureusement, les données provenant de recherches spécifiques à la MF font souvent défaut. Nous avons développé un cadre conceptuel permettant d'ancrer les recherches dans la pratique de la MF. Nous illustrons comment utiliser ce cadre pour 1) façonner les questions de recherche, 2) concevoir les méthodes correspondantes, 3) mener les études et 4) anticiper l'implémentation des données issues de la recherche. L'utilisation d'un tel cadre conceptuel est une aide potentielle pour répondre au défi de l'implication des médecins de famille dans la genèse des questions posées, la collecte des données et l'implémentation des preuves dans la pratique quotidienne.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1044-8

## Médecine psychosociale intensive au cabinet: quelques outils pratiques

S. Luthi, S. Ben Hassel, A.-C. Héritier Barras et J. Sommer

**L**a crise psychosociale est un problème fréquent. Du fait de sa complexité et de sa nature variable, elle peut dépasser les ressources (administratives, communicationnelles) dont dispose le médecin de famille dans sa pratique quotidienne. Elle nécessite des outils spécifiques afin de prendre en charge le patient dans sa globalité et d'identifier les problématiques principales. Cet article détaille certains de ces outils, tels que la gestion du temps, la communication et le travail en réseau, qui permettent d'identifier les situations à risque et de prendre en charge ces patients complexes lors de la phase aiguë de la crise, mais également sur le long terme à travers une prise en charge souvent multidisciplinaire.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1049-55

## Cobénéfices de la promotion de la santé sur le réchauffement climatique L'exemple de l'alimentation et de la mobilité

H. Delorme, J. Gonzalez Holguera, N. Niwa, C. Backes et N. Senn

**L**e réchauffement climatique est considéré par la majorité du monde scientifique comme une des plus grandes menaces de santé publique du 21<sup>e</sup> siècle. Certains comportements individuels et modes de consommation ayant trait aux secteurs de l'alimentation et de la mobilité sont à l'origine d'une quantité élevée d'émissions de gaz carbonique (CO<sub>2</sub>), principal gaz à effet de serre. Ainsi, certains messages transmis par les professionnels qui œuvrent pour la promotion de la santé auront un impact sur la lutte contre l'épidémie de maladies chroniques liées au style de vie, mais auront également un cobénéfice environnemental. Dans une population de plus en plus sensibilisée aux enjeux écologiques actuels, les considérations environnementales pourraient être un facteur motivationnel supplémentaire chez les patients pour l'adoption d'un régime alimentaire plus sain ou d'une activité physique plus soutenue.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1026-33

## Autotests en vente libre, vraiment utiles?

S. Zurita, N. Senn et B. Pedrazzini

**À** l'heure actuelle, il existe de nombreux tests de dépistage que l'on peut acheter en vente libre et réaliser soi-même. Hormis quelques exceptions (VIH, FIT), il n'est actuellement pas clair si leur utilisation est réellement bénéfique pour le consommateur et si un impact favorable peut être attendu en termes de santé publique. Après avoir posé quelques éléments de définitions et de situations, cet article cherche à donner des pistes aux médecins quant à une telle offre, en leur proposant une grille de lecture critique et des recommandations possibles pour leurs patients.

# Traitements intensifs en médecine de famille: usage de pompes et systèmes de mesure en continu du glucose

Dr GIACOMO GASTALDI<sup>a</sup>, Pr SOPHIE PAUTEX<sup>b</sup>, Dr LAURENCE JELK-MORALES<sup>c</sup>,  
FABRICE LÉOCADIE<sup>d</sup>, CHRISTIAN SIERRO<sup>e</sup> et Pr JOHANNA SOMMER<sup>f</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1022-5

**Les dispositifs technologiques font partie de la médecine actuelle. Les pompes à insuline, la mesure en continu du glucose (MCG) ainsi que les pompes à morphine sont présentées ici pour aider le médecin de famille à gérer ces différentes situations intensives. Les pompes à insuline externes et la MCG ont révolutionné la prise en charge du diabète sucré. Pourtant, leur utilisation demande une forte implication du patient, soit l'opposé d'une gestion automatisée du diabète. Les pompes à morphine sont une grande aide lorsque le patient en fin de vie ne peut plus avaler de comprimés ou lorsque l'absorption orale est aléatoire. Cet article résume les principes de fonctionnement de ces dispositifs technologiques, les problématiques communes et les situations à risque pour la pratique du médecin de premier recours.**

## Intensive treatment in family medicine: use of pumps and continuous glucose measurement systems

*New technologic devices are presented: insulin pumps and continuous glucose monitoring (CGM) devices as well as morphine pumps to help general practitioners to deal different intensive situations. Insulin pumps and CGM devices are revolutionary for the management of diabetes. However, their use requires strong patient involvement, the opposite of automated diabetes management. Morphine pumps are a great help when patients in end-of-life stage cannot swallow oral morphine anymore. This article summarizes the main principles of use of these technological devices, common problems and situations at risk primary care practice.*

## INTRODUCTION

Le médecin de famille est confronté régulièrement à des dispositifs technologiques qui ne lui sont pas familiers: pompes à morphine et à insuline, ou dispositifs de mesure en continu du glucose.

En cas de diabète, il est utile de rappeler que l'utilisation de la technologie requiert une forte implication du patient. Il incombe donc au médecin de premier recours de vérifier que le suivi soit assuré par le diabétologue, mais de rester suffisamment informé sur les conseils à donner et les actions à entreprendre, notamment en cas d'inaptitude. En ce qui concerne les pompes à morphine, elles sont bien du ressort du médecin de famille lorsque des patients sont suivis à domicile avec des douleurs difficilement gérables, en particulier lors de situations de fin de vie à domicile.

Il nous a semblé utile de rappeler ici les indications et le fonctionnement des pompes à insuline et des systèmes de mesures en continu du glucose, ainsi que des pompes à morphine pour aider le médecin de famille dans la gestion de ces différentes situations.

## POMPES À INSULINE ET MESURE EN CONTINU DU GLUCOSE

La prise en charge des patients avec un diabète sucré a été transformée par les récentes avancées technologiques<sup>1</sup>. Les pompes à insuline externes et les systèmes de mesure en continu du glucose (MCG) sont efficaces pour améliorer l'équilibre glycémique. Leur utilisation demande une forte implication du patient, qui doit réaliser une série de tâches pluriquotidiennes pour en assurer le fonctionnement (validation d'alarme, calibration, changement de pile/recharge, changement de cathéter, remplacement des capteurs, etc.). L'intégration des spécificités des dispositifs technologiques fait donc partie aujourd'hui de la gestion du diabète au même titre que l'ensemble des compétences requises pour adapter le dosage de l'insuline.

La confrontation des soignants aux dispositifs technologiques (médecin généraliste, consultation aux urgences, procédure ambulatoire, etc.) peut générer une forme de tension, notamment vis-à-vis de la responsabilité. En effet, l'expertise du patient, face à des non-spécialistes, le rend seul garant des valeurs de glycémies avec la MCG et de l'administration de l'insuline par la pompe.<sup>2,3</sup> De fait, l'algorithme décisionnel est simple: le patient est-il apte ou non apte? En cas d'inaptitude (par exemple: trouble praxique, trouble mnésique, état d'ébriété, état confusionnel, etc.), il faudra se substituer au patient pour la gestion du diabète, interrompre l'utilisation du dispositif non maîtrisé et informer le médecin prescripteur. Il est donc recommandé: 1) d'explicitier le cadre de soin vis-à-vis du

<sup>a</sup>Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, HUG, 1211 Genève 14, <sup>b</sup>Service de médecine palliative, HUG, 1211 Genève 14, <sup>c</sup>Avenue d'Aire 40, 1203 Genève, <sup>d</sup>Institution maintien à domicile (imad), Avenue Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge, <sup>e</sup>Proximos, Avenue Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge, <sup>f</sup>Unité des internistes généralistes et pédiatres, Faculté de médecine, Université de Genève, 1206 Genève giacomo.gastaldi@hcuge.ch | sophie.pautex@unige.ch | ljelk\_mo@hin.ch | Fabrice.Leocadie@imad-ge.ch | csierro@proximos.ch | johanna.sommer@unige.ch



dispositif, 2) d'évaluer l'aptitude et non la maîtrise technique, et 3) de s'assurer de l'existence d'un suivi spécialisé.

### Pompes à insuline

Les pompes à insuline externes (figure 1) sont un outil de délivrance de l'insuline au même titre qu'un stylo ou une seringue à insuline. De l'insuline rapide est propulsée dans le tissu sous-cutané grâce à la compression du réservoir par l'avancement, minute après minute, du piston. Le réservoir est remplacé par le patient régulièrement (2-7 jours). La distinction entre une pompe et les injections est la possibilité de programmer le débit d'insuline administré par tranche horaire selon un schéma prédéfini par cycle de 24 heures (débit de base = Q/24 heures). En cas d'interruption de la délivrance du débit de base programmé, l'équivalent de l'insuline lente, il existe un risque d'hyperglycémie puis d'acidocétose. Lors des repas ou en cas d'hyperglycémie, le patient s'administre avec sa pompe le nombre d'unités d'insuline requises (bolus d'insuline = injection d'insuline rapide). En cas de doutes techniques sur l'administration, il est recommandé aux patients de s'injecter avec un stylo à insuline.

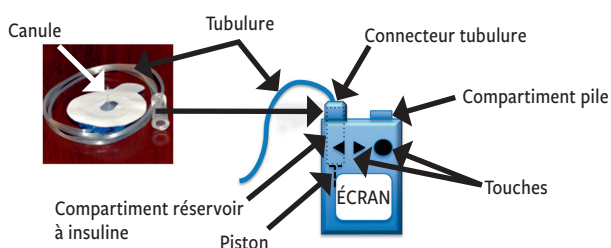
Il existe deux types de pompes à insuline externes: a) les pompes avec tubulure et b) les pompes patches (sans tubulure). Les pompes avec tubulure délivrent l'insuline à l'aide d'un set de perfusion (*Insulin Infusion Set*: IIS) qui se subdivise en 3 composants: le côté pompe avec la connexion réservoir-tubulure, la tubulure et le cathéter qui assure, grâce à la canule, la délivrance de l'insuline dans l'espace sous-cutané (figure 1). L'IIS doit être remplacé régulièrement par le patient (2-3 jours), sans quoi la délivrance de l'insuline peut être affectée et altérer le contrôle glycémique.<sup>4</sup> Les pompes patches ont la particularité d'avoir le réservoir et le dispositif de perfusion, qui constituent un ensemble, collés sur la peau du patient. Selon les fabricants, l'ensemble réservoir-pompe est assemblé ou forme un tout qui doit être remplacé tous les 2-3 jours, comme pour l'IIS. Il n'y a pas de tubulure. L'insertion du cathéter et le contrôle des doses d'insuline se font à l'aide d'une télécommande séparée.

### Indications et contre-indications à la pompe à insuline

Les facteurs pris en considération par les médecins diabétologues avant la prescription d'une pompe à insuline (limitée

**FIG 1** Composants principaux de la pompe à insuline

La pompe à insuline comporte le boîtier qui abrite le réservoir avec ses boutons de commande, le processeur électronique, le système mécanique de haute précision servant à avancer le piston, la pile et le dispositif de perfusion qui relie la pompe au corps du patient.



aux patients sous insulinothérapie intensive) sont le fait d'être en accord avec l'idée (externalisation du diabète, gestion technique), des besoins en insuline changeants (sportifs, travail physique, phénomène de l'aube, etc.) ou très réduits, la gastroparésie et les diabètes instables. L'utilisation est associée à une plus grande satisfaction vis-à-vis du traitement (moins d'injections) et à une amélioration de la qualité de vie grâce à un gain de flexibilité.

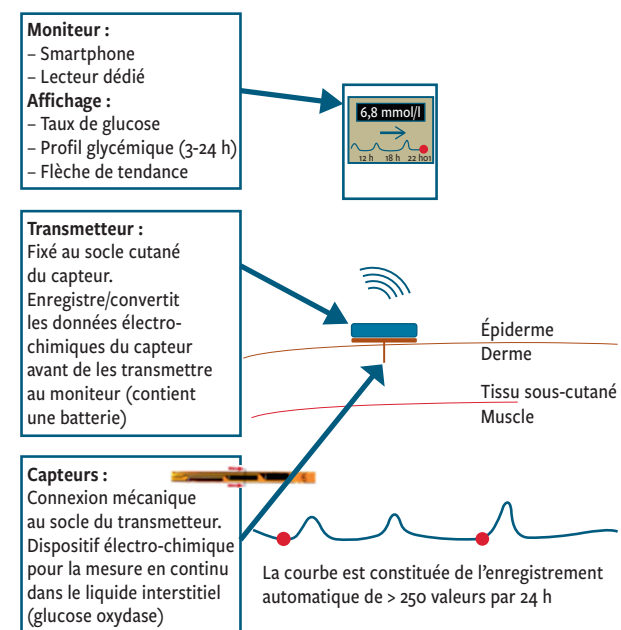
Les contre-indications sont la survenue d'infections cutanées répétées ou d'allergie (environ 5% des patients), les troubles cognitifs ou psychiatriques sévères ou les troubles praxiques interférant avec la gestion médico-technique de la pompe. L'identification rapide de la non-délivrance de l'insuline est cruciale, car une acidocétose peut survenir après 2 à 3 heures de dysfonctionnement.

### Systèmes de MCG

La MCG (*Continuous Glucose Monitoring*: CGM) peut être réalisée avec une transmission continue (*CGM System*: CGMS) ou avec le système Flash nécessitant un scan de l'émetteur (*Flash Glucose Monitoring*: FGM). Ces dispositifs mesurent le taux de glucose à l'aide d'un capteur sous-cutané relié à un transmetteur qui envoie les données à un moniteur (figure 2). La MCG permet de suivre les variations du glucose dans le liquide interstitiel et non dans le plasma. Il existe un délai physiologique de plus de 5 minutes pour que l'équilibration entre ces deux milieux se fasse.<sup>2</sup> Les résultats de la MCG sont donc systématiquement en retard (5-10 minutes) lors des fluctuations de la glycémie (par exemple, le patient est en hypoglycémie mais le dispositif ne l'indique pas encore). La fiabilité des mesures peut être affectée par plusieurs facteurs

**FIG 2** Les systèmes de mesure en continu du glucose (MCG)

→: 0,6 et 3,3 mmol/h; ↗↘: > 3,3 et 6,6 mmol/h; ↑↓: > 6,6-10,1 mmol/h; ↑↓↓↑: > 10,1 mmol/h (ces valeurs sont indicatives et peuvent varier d'un modèle à l'autre).



(site d'insertion, phénomènes inflammatoires, administrations de médicaments, contraintes mécaniques, etc.). En cas de doute sur la mesure, il est recommandé de mesurer la glycémie capillaire et de remplacer le capteur de MCG.

### Données issues des systèmes de MCG

La MCG apporte au patient, d'un simple regard, une triple information sur l'équilibre glycémique: la courbe de la glycémie (entre 24 et 3 heures avant; selon réglage), la valeur du taux de glucose et la vitesse de changement (tendance: stable, hausse, baisse) (**figure 2**). En revanche, pour consulter l'historique et bénéficier de l'analyse des tendances, l'étape du téléchargement est incontournable.

### Indications et contre-indications aux systèmes de MCG

Les indications à la MCG, comme pour les pompes à insuline, sont régies par la liste des moyens et appareils (LiMA). Le remboursement est limité aux patients traités par insulinothérapie intensive (plus de 3 injections par jour/pompe à insuline) qui présentent un déséquilibre glycémique, des hypoglycémies sévères ou une forte variabilité glycémique. La prescription doit être réalisée par un diabétologue. L'utilisation de la MCG a prouvé son efficacité chez les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes souffrant d'un diabète de type 1.

### Importance du suivi et de l'éducation thérapeutique

Les dispositifs technologiques constituent de précieux alliés dans la gestion du diabète insulino-traité. Ces progrès demandent encore et toujours une forte implication du patient au quotidien et le médecin traitant doit pouvoir la soutenir, notamment en cas de maladies intercurrentes, et aider le patient à identifier d'éventuels dysfonctionnements.

## UTILISATION D'UNE POMPE POUR L'ADMINISTRATION D'OPIACÉS À DOMICILE DANS LES SITUATIONS DE SOINS PALLIATIFS

Les indications à administrer la morphine par voie parentérale sont: une dysphagie importante, des épisodes récidivants de fausses-routes, des vomissements incoercibles, un iléus, des troubles de l'absorption gastrique ou intestinale et la fin de vie des patients.

### Vignette clinique

Mme Marguerite souffre d'une maladie évolutive avancée et est actuellement dans ses derniers jours de vie suite à plusieurs complications récentes. Elle a clairement exprimé le souhait de mourir à domicile. Son mari et sa fille soutiennent son projet. L'infirmière référente à domicile vous appelle pour vous demander s'il ne faudrait pas passer la morphine orale que Mme Marguerite reçoit pour des douleurs lombaires avec une pompe. En effet, depuis 2 jours, elle a beaucoup de peine à déglutir la morphine orale prescrite (30 et 5 mg en réserve 3x/jour) et évalue sa douleur à 8/10 lorsqu'elle sort de son lit.

### Pompe d'analgésie contrôlée par le patient (PCA)

La pompe PCA est un moyen sûr d'administration d'antalgiques en intraveineux ou en sous-cutané en continu. Elle peut être rapidement mise en place grâce aux structures infirmières et de pharmacie d'hospitalisation à domicile. Elle assure un meilleur confort et moins de contraintes pour le patient et l'entourage, avec la possibilité d'administrer des bolus de réserve facilement. En effet, particulièrement à domicile, la pompe PCA diminue le délai d'administration des doses de réserve et permet une titration des doses.<sup>5,6</sup> Les indications à utiliser une voie veineuse plutôt qu'une voie sous-cutanée sont la présence d'un dispositif d'accès veineux implantable (DAVI), des œdèmes généralisés, des troubles sévères de la crase avec hématomes (en cas de troubles mineurs de la crase, il est conseillé d'utiliser une canule de microperfuseur de 22G). À noter aussi que la morphine sous-cutanée peut être administrée 6 fois par jour, alors que la morphine intraveineuse devrait être utilisée de façon continue avec une pompe afin de sécuriser son administration à domicile et permettre au patient ou aux proches d'administrer des bolus ou doses de réserve.

Pour un patient n'ayant jamais reçu d'opioïdes, la dose initiale de morphine doit être comprise entre 0,05 et 0,3 mg/kg/24 heures (soit environ 0,2 à 1 mg/h pour un sujet de 75 kg). Les posologies sont bien entendu adaptées en fonction de l'âge, des comorbidités, de la fonction rénale et hépatique, ainsi que des comédications. Les doses doivent par la suite être adaptées en fonction de l'évaluation minutieuse de la douleur et des effets indésirables observés. L'introduction de la morphine par voie sous-cutanée chez Mme Marguerite est décrite dans le **tableau 1**. Les doses de réserve représentent environ 10% de la dose totale sur 24 heures. Le nombre de doses de réserve peut osciller entre 3 et 6 fois par jour, suivant la stabilité et la gravité de la situation. La période réfractaire est l'intervalle de temps minimal entre 2 doses de réserve; ainsi le patient ou l'entourage peuvent déclencher une dose de réserve, mais avec une fréquence limitée par ce temps réfractaire de sécurité.

La surveillance de Mme Marguerite implique l'évaluation de la douleur à des intervalles réguliers ainsi que le contrôle des effets indésirables: nausées/vomissements (10-30%), somnolence, constipation, état confusionnel et rétention urinaire. La surveillance des paramètres de la pompe PCA effectuée par les infirmières et les pharmaciens implique la vérification de la programmation, de la batterie, du site d'injection, de la ligne de perfusion et de la valve antireflux. Lors de chaque manipulation, un code permet de déverrouiller/verrouiller la pompe PCA afin de sécuriser son utilisation, ce qui est important à domicile (enfants...).

**TABLEAU 1**

**Dosages et équivalences de morphine orale et injectée**

- **Morphine orale reçue:** MST 3 × 10 g et Sevredol 5 mg 3x/j en réserve
- **Passage à la morphine sous-cutanée:** 30 mg PO = 15 mg SC
- **Passage à une administration continue avec une pompe:** ≈ 0,6 mg/h et 1,5 mg en réserve 5x/jour avec une période réfractaire de 1 heure
- **Augmentation des doses par palier de 30%:** ≈ 0,8 mg/h et 2 mg en réserve 5x/jour avec une période réfractaire de 1 heure

Trois jours plus tard, Mme Marguerite est à nouveau plus algique et vous pouvez augmenter les doses (**tableau 1**). Si Mme Marguerite devait présenter des effets indésirables ou être inconfortable, il ne faut pas hésiter à demander le soutien d'un collègue expérimenté en soins palliatifs ou d'une équipe mobile de soins palliatifs.<sup>7,8</sup>

## CONCLUSION

Le médecin de famille est confronté régulièrement à des dispositifs technologiques tels que les pompes à morphine et à insuline ou les systèmes de MCG. L'acquisition de connaissances de base sur leur fonctionnement constitue un gage de sécurité pour les patients car l'identification des nombreuses contraintes existantes permet d'apporter un précieux soutien aux personnes équipées de ces technologies.

**Conflit d'intérêts:** Le Dr Giacomo Gastaldi a reçu des soutiens financiers pour l'organisation de workshops de formation continue de la part de Medtronic, Dexcom, Roche, Abbott, Ypsomed, Insulet, Novo, Lilly, Sanofi. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les pompes à insuline et les dispositifs de mesure en continu du glucose ont révolutionné la gestion du diabète au prix d'une forte implication du patient au quotidien
- Le médecin de premier recours a un rôle déterminant pour détecter la survenue d'infections cutanées répétées ou d'allergie (environ 5% des patients), de troubles cognitifs ou psychiatriques sévères ou de troubles praxiques interférant avec la gestion médico-technique de ces dispositifs
- Les pompes à morphine sont une grande aide pour assurer le confort de patients en fin de vie à domicile lorsque la voie orale n'est plus possible (troubles de la conscience, dysphagie importante, épisodes récidivants de fausses-routes, vomissements incoercibles, iléus, troubles de l'absorption gastrique ou intestinale)

1 Draznin B. Diabetes Technology. Science and practice. Arlington: American Diabetes Association; 2019.

2 \*\*Petrie JR, Peters AL, Bergenstal RM, et al. Improving the Clinical Value and Utility of CGM Systems: Issues and Recommendations: A Joint Statement of the European Association for the Study of Diabetes and the American Diabetes Association Diabetes Technology Working Group. Diabetes Care 2017;40:1614-21.

3 Heinemann L, Fleming GA, Petrie JR,

et al. Insulin pump risks and benefits: a clinical appraisal of pump safety standards, adverse event reporting and research needs. A joint statement of the European Association for the Study of Diabetes and the American Diabetes Association Diabetes Technology Working Group. Diabetologia 2015;58:862-70.

4 \*Deiss D, Adolfsson P, Alkemade-van Zomeren M, et al. Insulin Infusion Set Use: European Perspectives and Recommendations. Diabetes Technol Ther 2016;18:517-24.

2016;18:517-24.

5 Nijland L, Schmidt P, Frosch M, et al. Subcutaneous or intravenous opioid administration by patient-controlled analgesia in cancer pain: a systematic literature review. Support Care Cancer 2019;27:33-42.

6 Angheliescu DL, Zhang K, Faughnan LG, Pei D. The Safety and Effectiveness of Patient-controlled Analgesia in Outpatient Children and Young Adults With Cancer: A Retrospective Study. J Pediatr

Hematol Oncol 2015;37:378-82.

7 \*\*Réseau douleur. La morphine [En ligne]. 2019. Disponible sur : [www.hug-ge.ch/reseau-douleur/morphine](http://www.hug-ge.ch/reseau-douleur/morphine)

8 \*Roulet L, Luthy C, Garin N, et al. Rotation des opioïdes : de la théorie à la pratique. Rev Med Suisse 2011;7:1400-6.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Autotests en vente libre, vraiment utiles?

Dr SANTIAGO ZURITA<sup>a</sup>, Pr NICOLAS SENN<sup>b</sup> et Dr BAPTISTE PEDRAZZINI<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1026-33

À l'heure actuelle, il existe de nombreux tests de dépistage que l'on peut acheter en vente libre et réaliser soi-même. Hormis quelques exceptions (VIH, FIT), il n'est actuellement pas clair si leur utilisation est réellement bénéfique pour le consommateur et si un impact favorable peut être attendu en termes de santé publique. Après avoir posé quelques éléments de définitions et de situations, cet article cherche à donner des pistes aux médecins quant à une telle offre, en leur proposant une grille de lecture critique et des recommandations possibles pour leurs patients.

## Self-test kits on the high street, really useful?

Today, there are more and more self-test kits available on the high street. With a few exceptions (HIV, FIT), it is currently unclear whether they are effective, neither beneficial for the consumer, nor useful for the Swiss healthcare system. Is there a favorable impact for the health system? This article tries to help doctors find their way among the many self-test available, providing them a reading grid and recommendations for their patients.

## INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'implication des patients dans la prise en charge de leur santé est de plus en plus importante, notamment selon le principe d'autonomie.<sup>1</sup> Cela se traduit par la mise à disposition sur le marché d'autotests diagnostiques ou d'objets de santé connectés qui permettent au patient d'obtenir des informations cliniques le concernant, sans avoir recours à une consultation par un professionnel de la santé.<sup>2</sup> Le marché mondial des autotests est en rapide développement, avec des projections allant même jusqu'à 6,5 milliards de dollars pour 2025.<sup>3</sup> Cela s'inscrit par ailleurs dans un courant en plein essor visant une plus grande auto-surveillance de leur pathologie par les patients eux-mêmes, au vu de la forte prévalence de maladies impactant le style de vie (par exemple le diabète) et du vieillissement de la population.

Pour certains, ce développement semble être associé à un progrès en matière de stratégie de dépistage, par exemple, en évitant le besoin d'avoir recours à une prise en charge médicale, tout en étant simple d'accès et responsabilisant pour le patient.<sup>1</sup> Même s'ils sont censés permettre aux consommateurs de contrôler leur propre état de santé en toute indépendance, il reste peu clair dans quelle mesure ces autotests apportent un réel bénéfice pour la santé des personnes.

Le **tableau 1** présente de manière non exhaustive des exemples de tests de détection vendus librement en Suisse en pharmacie ou utilisés en cabinet, à des fins de dépistage ou d'orientation diagnostique rapide. Ces tests sont vendus essentiellement en pharmacie, mais certains peuvent se trouver en grandes surfaces (tels les tests de grossesse, d'ovulation ou de dépistage du virus d'immunodéficience humaine (VIH)), ainsi qu'en ligne ou dans des centres de santé (comme les tests de détection des maladies infectieuses ou tropicales). Aucun autotest, même prescrit sur ordonnance, n'est pris en charge par l'assurance de base. La seule exception demeure la prise en charge du *Fecal Immunochemical Test (FIT)*, qui est par exemple intégré aux programmes cantonaux vaudois et genevois de dépistage du cancer colorectal.

## DÉFINITION

Un autotest est un test *in vitro* utilisant un matériel corporel simple (salive, urine, échantillon de sang, etc.), dans le but d'une orientation diagnostique rapide par la personne elle-même, à des fins de dépistage d'un trouble, d'une condition ou d'un facteur de risque de maladie particulier.<sup>4,5</sup> Pour avoir un sens en termes de diagnostic, il devrait répondre à une question médicale précise dans un contexte clinique particulier.

## FONCTIONNEMENT

La plupart des autotests fonctionnent sur un principe de base d'immunoprécipitation sur une membrane ou d'immunochromatographie sur une bandelette, permettant de faire apparaître une coloration particulière, afin d'interpréter immédiatement le résultat. La technique est simple, rapide et peu coûteuse. Ce type de test est utilisé en pratique au cabinet du médecin, dans les hôpitaux ou directement auprès du patient. Il peut être réalisé par le médecin, par un professionnel de la santé, par le patient lui-même s'il en est capable, ou même par un tiers. De nos jours, l'immunochromatographie est la méthode la plus simple et la plus utilisée (**figure 1**). Elle permet d'offrir un résultat qualitatif ou semi-quantitatif. La détection de l'antigène (qui peut aussi être un anticorps ou une protéine) va créer un complexe avec l'anticorps qui se trouve sur la bandelette de test, ce qui fait alors apparaître une bande colorée. Une bande de contrôle de bonne utilisation du test peut également apparaître via un autre complexe fait avec un autre anticorps forcément présent dans la substance analysée. Après un temps imparti à la lecture du résultat et de son interprétation, le kit se jette simplement dans les déchets communs.

## MARQUAGE DE CONFORMITÉ EUROPÉENNE (CE)

Actuellement, la réglementation européenne de la vente de tests est fondée sur une évaluation du test faite par le fabricant

<sup>a</sup>Département des policliniques, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne  
santiago.zurita@unisante.ch | nicolas.senn@unisante.ch  
baptiste.pedrazzini@unisante.ch



# SPORTUSAL<sup>®</sup> emgel

Pour tout type de lésion contondante due au sport et aux accidents

**soulage rapidement et  
fortement la douleur\***

**\* grâce à forte pénétration  
des principes actifs**

- rapidement décongestionnant<sup>1</sup>
- rapidement analgésique<sup>1</sup>
- rapidement anti-inflammatoire<sup>1</sup>



50g\* + 100g\*  
\*remboursé par les  
caisses

C: 1 g de Sportusal gel/emgel contient polidocanolium 600 20/25 mg, hy-  
droxyethylis salicylas 100 mg, heparinum natricum 500 U.I., diméthylis sulfoxidum  
(DMSO) 50 mg. Bibliographie: 1 www.swissmedicinfo.ch IS/Sport/FR/20/04

Près d'un tiers des lésions dues au sport touchent les muscles

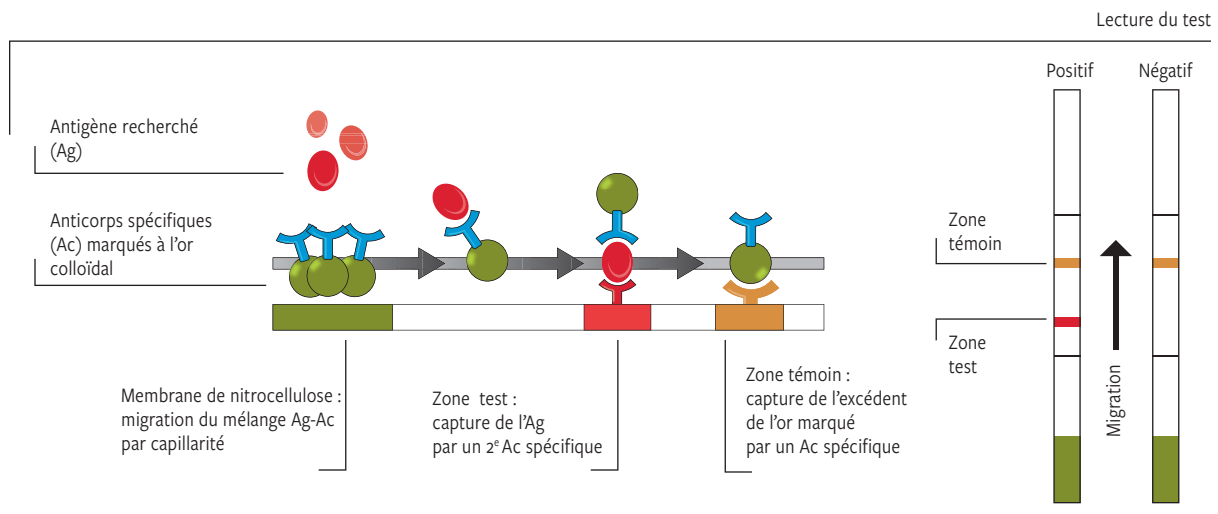
**TABLEAU 1 Exemples d'autotests disponibles en Suisse (liste non exhaustive)**

Bêta-HCG: hormone chorionique gonadotrope; CRP: protéine C réactive; FIT: *Fecal Immunochemical Test*; LH: hormone lutéinisante; PSA: antigène spécifique de la prostate; TSH: thyroïdostimuline; VIH: virus d'immunodéficience humaine; +: plutôt moyenne; ++: bonne; +++: très bonne; -: plutôt mauvaise.

| Type de prélèvement      | Type d'autotest       | Performances globales des tests  | Qualité de l'évaluation des performances  | Indication clinique à un autotest | Intégration dans une démarche de santé publique | Population spécifique   | Globalement recommandé | Lieux de disponibilité                 | Remarques   |
|--------------------------|-----------------------|--|---|-----------------------------------|---|---|------------------------|--|---|
| <b>Matériel sanguin</b>  | VIH                   | Bonnes   | +   | +++                               | Oui   | Non   | Oui                    | Grandes surfaces, pharmacies, Internet | CAVE: fenêtre sérologique. Doit être confirmé par un autre test   |
|                          | Cholestérol           | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue Condition d'évaluation inconnue  | +                                 | Non   | Peu clair   | Non                    | Pharmacies, Internet                   | Test semi-quantitatif   |
|                          | Carence en fer        | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue Condition d'évaluation inconnue  | +                                 | Non   | Non   | Non                    | Pharmacies, Internet                   | Test parfois semi-quantitatif   |
|                          | Taux de CRP           | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue Condition d'évaluation inconnue  | -                                 | Non   | Non   | Non                    | Pharmacies, Internet                   | La mesure du taux de CRP ne participe pas au raisonnement clinique du praticien dans la sinusite aiguë  |
|                          | Intolérance au gluten | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue Condition d'évaluation inconnue  | +                                 | Non   | Non   | Non                    | Pharmacies, Internet                   |   |
|                          | Tétanos               | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue Condition d'évaluation inconnue  | ++                                | Non   | Non   | Peut-être              | Pharmacies, Internet                   | Positif si présence d'anticorps antitétaniques dans le sang. Mais seuil de détection inconnu            |
|                          | PSA                   | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue (Méthode d'évaluation inconnue)  | -                                 | Non   | Oui et non (50 à 75 ans)<br><br>(Mais non conseillé après 75 ans) | Non                    | Pharmacies, Internet                   | Nécessite une décision partagée sur les risques et bénéfices<br>Risque de surdiagnostics                |
|                          | TSH                   | Inconnues (Test de référence inconnu)  | Inconnue (Méthode d'évaluation inconnue)  | -                                 | Non   | Non   | Non                    | Pharmacies, Internet                   |   |
|                          | Allergie              | Inconnues  | Inconnue                                  | -                                 | Non   | Non   | Non                    | Pharmacies, Internet                   | Ne permet pas de définir une causalité  |
|                          | <b>Matériel fécal</b> | FIT  | Bonnes                                    | +                                 | +   | Oui   | Oui                    | Oui                                    | Pharmacies, sur prescription médicale   |
| <b>Matériel urinaire</b> | Grossesse             | Inconnue (Parfois précise le seuil de détection de la bêta-HCG retrouvée dans l'urine) | Inconnue                                  | ++                                | Non   | Oui   | Oui                    | Grandes surfaces, pharmacies, Internet | CAVE: préciser de le faire à X jours de retard de règles, voire environ X jours après un rapport sexuel |
|                          | Ovulation             | Inconnue (Parfois précise le seuil de détection de la LH)                              | Inconnue                                  | +                                 | Non   | Oui   | Oui                    | Grandes surfaces, pharmacies, Internet |   |
|                          | Infection urinaire    | Inconnue (Parfois bonne)   | Inconnue                                  | ++                                | Non   | Non   | Oui                    | Pharmacies, Internet                   | Permet de gagner du temps sur le diagnostic   |
|                          | Drogues               | Inconnue (Test de référence inconnu)   | Inconnues (Méthode d'évaluation inconnue) | -                                 | Non   | Non   | Non                    | Pharmacies, Internet                   |   |
| <b>Matériel séminal</b>  | Fertilité masculine   | Inconnue (Test de référence inconnu) (Méthode d'évaluation inconnue)                   | Inconnue (Méthode d'évaluation inconnue)  | -                                 | Non   | Oui   | Non                    | Pharmacies, Internet                   | Mesure la concentration en spermatozoïdes et ne répond pas à la question de la fertilité en soi         |

**FIG 1** Schéma d'un test d'immunochromatographie<sup>18</sup>

Ac: anticorps; Ag: antigène.



qui s'autocertifie. En effet, il n'est pas exigé qu'un organisme externe vérifie la validité du test.<sup>5</sup> Le marquage CE ne fournit donc pas un gage de sécurité ni de qualité, et encore moins d'utilité clinique. Les contrôles de performance du test sont effectués sur des comparaisons entre l'autotest et un test de référence, et sont souvent inconnus.<sup>5</sup> Cela dit, la réglementation pour la mise sur le marché de ces dispositifs est en cours de modification pour un système plus contraignant et transparent, dont l'introduction se fera progressivement entre 2020 et 2022.<sup>6</sup> Il est désormais prévu qu'un organisme externe audite annuellement le système de qualité du fabricant dans un projet de contrôle de conformité. On peut donc espérer que la qualité des tests et des notices va s'améliorer. À noter qu'il est préférable d'acheter actuellement un tel test en pharmacie plutôt que sur Internet pour bénéficier d'informations sur le test par exemple, mais aussi pour s'assurer d'un marquage CE.

## AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DES AUTOTESTS

Les avantages recherchés des dispositifs d'autodiagnostic à réaliser au domicile « reposent sur l'hypothèse que des tests précis et faciles à utiliser encourageraient les personnes à gérer leur santé de manière proactive ». <sup>1</sup> Avec une détection théoriquement plus précoce, engendrant des changements dans le mode de vie ou permettant de promouvoir des interventions médicales plus rapidement, les autotests pourraient permettre de réduire le risque de développer une maladie ou de la détecter et la traiter plus précocement. <sup>1</sup> Malgré tout, les autotests mettent le patient face à une forte responsabilité quant à leur utilisation, l'interprétation des résultats obtenus et la suite de la prise en charge en fonction du résultat. En effet, laisser le patient seul avec son test, sans l'aide d'un médecin pour en poser l'indication, en interpréter les résultats et décider des mesures thérapeutiques qui en découlent, semble inapproprié dans de nombreuses situations. Les avantages de certains autotests ne peuvent être généralisés pour tous les autres, et inversement. Par

exemple, l'impact d'un autotest de dépistage du VIH n'est pas le même que pour un autre test.

« L'impact du diagnostic sur l'utilisateur est difficile à estimer, surtout si personne n'est là pour l'aider à assimiler les connaissances produites par le dispositif de diagnostic. » <sup>1</sup> De plus, il ne figure pas sur la notice suffisamment d'explications en cas d'erreur de mésusage pour l'y aider. <sup>5</sup> Ce point apparaît comme crucial pour une utilisation adéquate des autotests et également comme l'une de ses limites (tableau 2).

Le patient ayant un résultat positif se tourne habituellement vers son médecin généraliste pour davantage de précisions quant à l'interprétation de son résultat, comme le suggèrent les notices. <sup>2</sup> Cela permettrait en soi d'avoir un diagnostic de manière plus rapide. Mais il a également été démontré que devant un test réactif, le patient pouvait être soit réticent, soit effrayé à l'idée d'affronter un professionnel de la santé. <sup>2</sup>

Devant un test négatif associé à une certaine présentation clinique, le patient n'ayant pas de réponse à ses symptômes peut se tourner encore vers son généraliste, ou être faussement rassuré, ce qui pourrait alors entraîner un retard de diagnostic. <sup>2</sup>

Pour un usage adéquat, il serait plus pertinent que les autotests répondent à une question médicale précise ou s'intègrent dans un enjeu de santé publique. Or, la majorité des personnes ayant utilisé un autotest l'ont fait par curiosité, parce qu'elles cherchaient à être rassurées, ou parce qu'elles ne voulaient pas consulter un médecin. <sup>2,4</sup> Par ailleurs, il a été démontré que le profil habituel des utilisateurs d'autotests était celui de personnes qui se préoccupent déjà de leur santé et qui désirent donc se rassurer via ce type de tests. <sup>7</sup>

## PERFORMANCES DES AUTOTESTS

Comme indiqué dans l'ouvrage *Compas*, <sup>8</sup> la sensibilité d'un test se définit comme la « proportion de patients avec un test positif

**TABLEAU 2**

**Avantages et inconvénients des autotests**

CE: conformité européenne.

| Avantages  | Inconvénients  |
|--|--|
| Simple d'utilisation   | Nécessite une certaine dextérité manuelle  |
| Résultats rapides  | Nécessite une certaine capacité d'interprétation/littératie en santé   |
| Simplification d'accès/offre, facilement renouvelable  | Nécessite une connaissance précise du taux de faux positifs et faux négatifs pour interpréter le résultat qui fait généralement défaut   |
| Marquage CE  | Marquage CE (apposé par le fabricant)  |
| Garantit un anonymat <sup>6</sup>  | Promeut l'isolement à la place de préserver et promouvoir les dimensions relationnelles des soins de santé <sup>1</sup>  |
| Peut permettre de poser un diagnostic plus rapidement  | Faux négatif pouvant entraîner un retard diagnostique <sup>1</sup>   |
| Favorise l'autonomisation du patient <sup>6</sup> et une prise en main de sa propre santé            | Faux positif pouvant engendrer un stress inutile   |
| Peut favoriser la prise en charge d'une problématique de santé publique dans le cadre d'un programme | Peut créer un conflit éthique (garder un résultat pour soi par exemple si stérilité dans un couple par crainte de rejet/rupture) <sup>13</sup>   |
| Permet d'impliquer le patient dans sa prise en charge dès le diagnostic <sup>1</sup>                 | L'importance de la dimension relationnelle des soins de santé pour aider à renforcer la confiance dans la technologie fait défaut <sup>1</sup>   |
| Contribue à un engagement du patient dans son suivi et son traitement <sup>1</sup>                   | Surévaluation des performances des tests   |
|  | Test qualitatif ou semi-quantitatif de peu d'intérêt pour les maladies où l'on recherche une déficience  |
|  | L'impact du diagnostic est difficile à estimer, surtout si personne n'est là pour aider l'utilisateur à assimiler les connaissances produites par le dispositif de diagnostic <sup>1</sup> |
|  | Relativement coûteux et généralement non remboursé   |

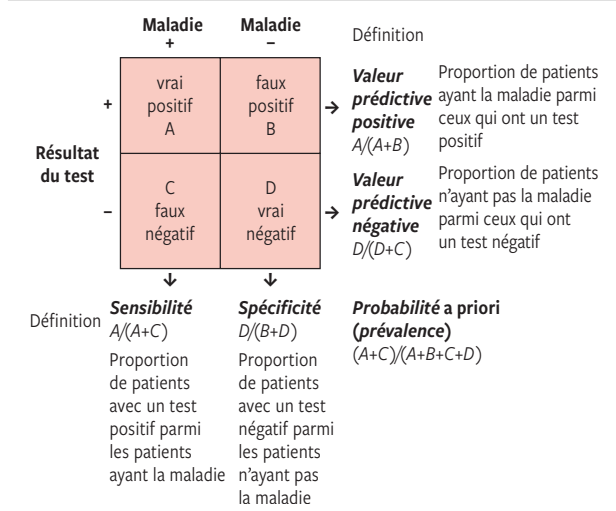
parmi les patients ayant la maladie». La spécificité d'un test se définit, elle, comme la «proportion de patients avec un test négatif parmi les patients n'ayant pas la maladie». La valeur prédictive positive (VPP) correspond à la «proportion de patients ayant la maladie parmi ceux qui ont un test positif». La valeur prédictive négative (VPN) se définit comme la «proportion de patients n'ayant pas la maladie parmi ceux qui ont un test négatif» (figure 2).

Les performances d'un autotest sont essentielles pour pouvoir interpréter son résultat. Aucun test n'étant parfait, il est donc primordial de connaître sa sensibilité, sa spécificité, ce qu'on compare à un «Gold standard», ainsi que ses VPP et VPN, qui offrent la «probabilité utile en clinique tout en sachant qu'elles varient selon la prévalence de la maladie recherchée».<sup>8</sup> C'est là la difficulté de produire un autotest, puisque le Gold standard, pour une affection donnée, n'est pas toujours clairement identifié (figure 2).

Les conditions de réalisation des mesures de performance issues des notices d'emballage de certains autotests ne précisent

**FIG 2**

**Caractéristiques d'un test<sup>19</sup>**



souvent pas la mesure de référence employée ni dans quelles conditions ces tests ont été effectués, ce qui pourrait en affecter la précision.<sup>9</sup> En effet, des examens réalisés en laboratoire ne sont pas comparables aux tests faits sur les lieux de soin en situation réelle.<sup>9</sup>

Sur la plupart des tests vendus sur le marché, il n'est indiqué que la «fiabilité» sur l'emballage ou la notice d'utilisation (ce qui ne veut souvent pas dire grand-chose), non vérifiable pour le consommateur et pouvant donc l'induire en erreur. Il faut également demeurer prudent devant un taux de «précision» formulé par le fabricant. Des études financées par l'industrie ont montré des valeurs de sensibilité plus élevées que les études indépendantes dans le contexte de tests rapides de détection du virus de la grippe.<sup>9</sup>

Tout comme un test négatif peut faussement rassurer, un test positif est habituellement suivi d'une prise en charge médicale, le consommateur n'aura par conséquent pas réellement la possibilité de juger de la pertinence du résultat du test.<sup>10</sup> De ce fait, il est primordial de mettre sur le marché des dispositifs étudiés et performants, d'offrir aux consommateurs une information adéquate sur la validité et les performances des autotests en général, tout comme une marche à suivre précise pour l'interprétation du résultat.

**RÉSULTATS ET PRISE EN CHARGE**

Les notices fournies avec les autotests expliquent souvent bien comment réaliser le test mais manquent d'informations et d'avertissements sur les possibles faux négatifs ou faux positifs.<sup>5</sup> Il a été démontré que les notices d'emballage des autotests n'offrent presque aucune indication sur la probabilité de résultats faussement positifs ou faussement négatifs, ni sur la marche à suivre selon le résultat du test. Les consommateurs ne semblent donc pas en mesure d'interpréter correctement les résultats de leur test.<sup>5</sup>

La population ne devrait pas seulement être informée des avantages des autotests mais aussi de leurs limites<sup>6,7</sup>, afin de



permettre une prise de décision la plus éclairée possible (tableau 2).<sup>10</sup>

Pour une utilisation adéquate, il est important que les auto-tests aident à répondre à une question initiale spécifique devant une situation clinique particulière. La figure 3 propose une grille de lecture sur 8 critères d'aide à l'utilisation pour le praticien/patient.

### AUTOTESTS QUI ONT FAIT LEURS PREUVES

#### Test de dépistage du VIH

Contexte: fin 2018, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on estimait que 79% des personnes vivant avec le VIH se savaient infectées.<sup>11</sup> Pour augmenter ce chiffre, l'OMS propose d'utiliser des tests rapides, donnant des résultats le même jour, afin de faciliter la démarche diagnostique et l'accessibilité aux patients.

Depuis 2018, Swissmedic a ainsi autorisé la vente libre de trois autotests différents pour le dépistage du VIH en Suisse, non remboursés par l'assurance obligatoire des soins.<sup>12</sup> Ces tests, utilisés dans un délai de 3 mois après un rapport à risque, pourraient permettre d'améliorer le dépistage du VIH.<sup>4</sup> Ils reposent sur la détection immunologique des anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2 sur du sang capillaire. Tout test réactif devrait être complété par un test de 4<sup>e</sup> génération ou Elisa-Western Blot. Ces tests ont une haute spécificité et sensibilité à 99% s'ils sont réalisés au moins 3 mois après un risque d'infection. Ils ne sont en revanche pas indiqués en cas de suspicion de primo-infection ni dans les 48 heures suivant une prise de risque<sup>13</sup> pour une prophylaxie post-exposition (PPE). Cette information est fonda-

mentale et démontre la limite de ce type de test où la fenêtre d'utilisation (ou fenêtre sérologique) est primordiale pour une bonne interprétation et une bonne utilisation (il peut être indiqué d'effectuer un deuxième test ultérieurement).

La disponibilité en vente libre des tests VIH peut fournir une possibilité d'accroître l'accès au test de dépistage, en particulier pour ceux qui ne souhaitent et/ou ne peuvent pas accéder à un centre médical. Dans les pays à prévalence élevée du VIH, où les laboratoires médicaux sophistiqués sont rares, les gouvernements pourraient augmenter la portée des programmes de dépistage en utilisant des autotests.<sup>14</sup> Pourtant, sur le plan éthique, cette méthode peut soulever une question d'utilité face à un principe d'autonomie qui peut laisser le patient en détresse psychologique en raison d'un test faussement réactif, sans le soutien et les explications d'un professionnel de la santé.<sup>14</sup> D'où l'importance d'insister sur la nécessité d'une information de qualité sur les conditions d'utilisation, les limitations et la prise en charge à prévoir en cas de test réactif.

Malgré une mise en garde essentielle liée à la fenêtre sérologique, au vu du rapport bénéfices-risques au niveau individuel et collectif, la mise à disposition de tels tests semble utile, particulièrement pour les populations à risque et exposées au VIH, nécessitant des dépistages fréquents, ou pour les personnes isolées géographiquement ou réticentes à se faire dépister.

#### Test de recherche de sang occulte dans les selles

Contexte: depuis 2013 en Suisse, le cancer colorectal fait l'objet d'un dépistage organisé par la réalisation soit d'un test de recherche de sang occulte dans les selles par méthode immunochimique quantitative (FIT) tous les 2 ans, suivi d'une colonoscopie en cas de résultat positif, soit d'une colonoscopie optique tous les 10 ans en cas d'examen normal. Le canton de Vaud offre par exemple ce type de dépistage à sa population depuis 2015 et Genève depuis 2019. La population cible est bien précise et connue, et comprend les hommes et les femmes de 50 à 69 ans sans antécédent familial ou symptôme digestif suspect. Cet examen est remboursé par l'assurance de base pour les personnes de 50 à 69 ans (hors franchise). Le patient doit s'acquitter de la quote-part de 10% qui correspond par exemple à 4,60.- pour le test FIT OC-Sensor quantitatif. Ce test ne nécessite aucun régime alimentaire particulier, ni de restriction médicamenteuse. Le test est à différer en cas de menstruation chez les femmes. Il est spécifique de l'hémoglobine humaine (anticorps antiglobine), et donc d'un saignement colorectal. L'analyse est habituellement centralisée dans un laboratoire précis et bénéficie d'une grande stabilité à température ambiante d'environ 7 jours.

La performance du FIT est bonne si la réalisation se fait de manière régulière tous les 2 ans. La sensibilité étant entre 70 et 85%, et la spécificité entre 95 et 98%. Le risque de faux négatif existe (polypes, cancers ne saignant pas), d'où la nécessité de répéter le test. En effet, 20 à 40 personnes sur 1000 réalisant ce test auront un résultat faussement négatif.<sup>15</sup> Le risque de faux positif existe aussi en cas de saignement

**FIG 3** Critères d'aide à l'utilisation d'autotests

À noter que la question médicale est centrale, mais qu'il est nécessaire de répondre à toutes les questions pour trouver un test pertinent.



digestif sur une lésion non cancéreuse et non polypeuse. Il y a environ 7 FIT positifs sur 100 chez qui une suite de bilan par colonoscopie est à proposer.

En raison de l'utilisation précise dans un cadre de dépistage s'appuyant sur une consultation médicale individuelle avec son médecin de famille, d'une aide à la décision sous forme de brochures synthétiques grand public, d'un test remboursé par l'assurance de base, cet examen a toute sa place en autotest. En effet, dans le cadre du programme, le nombre de décès par cancer colorectal a été réduit de moitié en 2019.<sup>15-17</sup>

## RECOMMANDATIONS CONCERNANT D'AUTRES AUTOTESTS COURANTS

Les autotests permettant le dosage du cholestérol total, le dépistage de la carence martiale, de l'intolérance au gluten ou des allergies ne sont pas recommandés pour différentes raisons (tableau 3).

Les autotests permettant le diagnostic de l'infection urinaire ou la recherche d'anticorps antitétaniques peuvent être recommandés dans certaines situations (tableau 4).

**TABLEAU 3** Autotests non recommandés

CRP: protéine C réactive; HDL: lipoprotéines de haute densité; IgE: immunoglobuline de type E; LDL: lipoprotéines de faible densité.

|   | Contexte   | Utilité  |
|---|--|--|
| <b>Test du taux de cholestérol</b>                  | Il est recommandé d'évaluer le risque cardiovasculaire en prévention primaire à l'aide de l'outil GSA/SCORE pour les patients de plus de 40 ans. <sup>20</sup> Le dépistage précoce avant 40 ans est recommandé pour les patients diabétiques ayant un antécédent familial ou atteints d'hypercholestérolémie familiale, chez les insuffisants rénaux chroniques, ou chez les hypertendus sévères. <sup>4</sup>  | Ce type d'autotest propose de mesurer le cholestérol total dans le sang. Il n'est pas discriminant car la mesure est en instantané et ne distingue pas le bon du mauvais cholestérol. <sup>4</sup> Un taux décrit comme normal n'est donc pas une garantie que tout va bien. Pour se prononcer, le médecin doit disposer de l'âge, du taux précis de LDL, de HDL et de triglycérides, et doit avoir connaissance des autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Pour ces raisons, ce type de test ne semble pas conseillé, car le patient devrait consulter pour bénéficier de réponses claires, précises mais surtout personnalisées sur ses propres facteurs de risque cardiovasculaire. |
| <b>Test de dépistage de la carence martiale</b>     | Le taux de concentration de ferritine sanguine circulante permet d'apprécier les réserves en fer de l'organisme en l'absence de certaines pathologies (syndrome inflammatoire, hémochromatose et autres affections hépatiques, cancers). Une carence martiale étant une des premières causes d'anémie dans le monde, surtout chez les femmes enceintes, il semble judicieux de la rechercher en dosant le taux de ferritine.   | La ferritine peut être normale ou augmentée alors que les réserves tissulaires sont insuffisantes (par exemple en cas de syndrome inflammatoire). La ferritinémie varie selon l'âge, le sexe du patient (ferritinémie plus élevée chez l'homme), ou la présence d'une situation pathologique associée (anémie, infection, etc.). Cet autotest n'est probablement pas utile puisque la valeur de ferritine est variable selon le contexte et sera donc difficile à interpréter par le patient.  |
| <b>Test pour la prescription d'antibiotiques</b>    | Ce type d'autotest semble à première vue remplir les critères et répondre à une question médicale bien précise: les antibiotiques sont-ils utiles au cours d'un rhume? Le test se propose ainsi d'évaluer qualitativement la concentration sanguine de la CRP dans le sang. Il mesure si le taux de CRP est dans la norme, à < 10 mg/l, ou entre 10 et 30 mg/l, correspondant à un taux élevé de CRP, ou au-delà de 30 mg/l, avec la mention qu'à ce niveau, «la prise d'antibiotiques est raisonnable». | Ce genre de test semble vouloir répondre à la question: affection virale ou bactérienne? Sachant qu'aucun <i>cut-off</i> de concentration de la CRP n'est déterminant pour la prise de décision dans l'introduction d'un traitement par antibiotique, l'utilisation d'un tel autotest n'apporte aucun élément utile à la prise en charge. Au contraire, comment répondre et rassurer un patient qui s'est testé? Dans une période de réflexion sur la prise inadéquate d'antibiotiques, favorisant des résistances, ce type de packaging est à proscrire.  |
| <b>Test de dépistage de l'intolérance au gluten</b> | Avec une prévalence de 1% en Suisse, la maladie cœliaque touche de plus en plus de monde et près de 100 000 personnes suivraient un régime strict sans gluten dans notre pays. <sup>21,22</sup>  | Ce type d'autotest ne permet pas de distinguer la maladie cœliaque, l'allergie au blé et la sensibilité non cœliaque au gluten. Il détecte en réalité de manière non quantitative le taux d'anticorps antitransglutaminase pour dépister la maladie cœliaque uniquement. Par ailleurs, il existe un risque de faux négatif chez un patient qui se serait déjà astreint à un régime sans gluten avant de faire le test. <sup>21</sup>   |
| <b>Test d'allergie</b>                              | Ce type d'autotest permet la détection semi-quantitative du taux d'IgE lors de présence de symptômes allergiques.  | Puisque la présence d'une allergie ne peut être établie par la simple concentration sérique des IgE, nous déconseillons ce type d'autotest. <sup>4</sup> De plus, un résultat négatif n'exclut pas un terrain atopique, ni la possibilité de développer une nouvelle allergie, et s'avère donc faussement rassurant.   |

**TABLEAU 4** Tests qui pourraient être recommandés

|   | Contexte   | Utilité  |
|---|--|--|
| <b>Test d'infection urinaire</b>                    | La bandelette urinaire a une bonne sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'infection urinaire basse, avec une valeur prédictive positive élevée pour la leucocyturie. Concernant les nitrites dans les urines, la sensibilité est plus basse, mais la spécificité est élevée, et combinée à la leucocyturie elle s'élève encore. <sup>23</sup> | Dans certains contextes, notamment si l'accès à une consultation médicale n'est pas possible, ce type d'autotest a toute sa place. Les conseils avisés et la dispensation d'un traitement adéquat par un professionnel de la santé (pharmacien, infirmière) paraissent cela dit nécessaires.                                     |
| <b>Test de recherche d'anticorps antitétaniques</b> | Il est fréquent de faire face à un patient sans carnet de vaccination ou ne se rappelant pas de son dernier rappel antitétanique lors d'une lésion cutanée à risque.   | Ce test pourrait éventuellement permettre de répondre précisément et rapidement au statut vaccinal d'un patient ayant bénéficié par le passé d'un vaccin antitétanique. <sup>4</sup> On peut cela dit regretter que le seuil de détection du taux d'anticorps antitétaniques dans le sang fasse souvent défaut dans les notices. |

## CONCLUSION

Alors qu'ils sont censés permettre aux consommateurs de contrôler leur propre état de santé en toute indépendance, il reste peu clair dans quelle mesure les autotests apportent un réel bénéfice pour la santé des citoyens.

Même si un autotest est performant, il reste à savoir si celui-ci est utile sur le plan clinique. Répond-il bien à une question médicale précise? Pour y répondre, il est essentiel d'identifier la population cible, d'avoir une mesure étalon et surtout de pouvoir l'intégrer dans la prise en charge globale du patient. C'est sur ce dernier point que la plupart des autotests ont probablement une utilité limitée, à l'exception du FIT et du test de dépistage du VIH qui s'intègrent dans des programmes prédéfinis bien établis, avec un intérêt clair dans une perspective de santé publique.

Dans le but d'éveiller le patient sur sa santé, l'autotest semble donc un produit intéressant, mais nécessite actuellement encore une amélioration de l'aide à l'interprétation pour prendre une décision éclairée.<sup>2</sup> Des informations disponibles pour le grand public sur chaque autotest pourraient aider le consommateur, tout comme une aide à la décision offerte par le cabinet du médecin généraliste.<sup>2</sup>

Des mesures devraient être prises pour contrecarrer la tendance des autotests à promouvoir l'isolement des patients et, au contraire, préserver et promouvoir les dimensions relationnelles des soins de santé.<sup>1</sup>

Enfin, on peut craindre un mésusage lié aux autotests et une surconsultation, voire une augmentation des coûts de la santé pour la prise en charge des patients ayant besoin d'aide pour interpréter le résultat de leur test. Finalement, l'indication à un autotest devrait demeurer personnalisée et s'intégrer dans une démarche clinique cohérente et non commerciale.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Même s'ils sont censés permettre aux consommateurs de contrôler leur propre état de santé en toute indépendance, il reste peu clair dans quelle mesure les autotests apportent un réel bénéfice pour la santé des citoyens, à l'exception du *Fecal Immunochemical Test* et du test de dépistage du VIH, qui s'intègrent dans des programmes prédéfinis bien établis
- Pour interpréter correctement les résultats, il est indispensable de connaître la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positive et négative du test, et la marche à suivre en cas de réponse positive ou négative pour chacun des tests. Ces informations font souvent défaut dans la notice d'emballage, même si celle-ci contient une bonne explication du mode d'emploi du matériel d'utilisation<sup>5</sup>

1 \*\*Kearns AJ, O'Mathúna DP, Scott PA. Diagnostic self-testing: autonomous choices and relational responsibilities. *Bioethics* 2010;24:199-207.

2 \*Den Oudenammer WM, Broerse JEW. Towards a decision aid for self-tests: Users' experiences in The Netherlands. *Health Expect* 2019;22:983-92.

3 Avinash D. Global Home Diagnostics Market is Expected To Reach USD 6.53 Billion by 2025 : Fior Markets. 2019 août; epub ahead of print. Disponible sur : [www.globenewswire.com/news-release/2019/08/28/1907833/0/en/Global-Home-Diagnostics-Market-is-Expected-To-Reach-USD-6-53-Billion-by-2025-Fior-Markets.html](http://www.globenewswire.com/news-release/2019/08/28/1907833/0/en/Global-Home-Diagnostics-Market-is-Expected-To-Reach-USD-6-53-Billion-by-2025-Fior-Markets.html)

4 \*\*Académie nationale de Pharmacie. Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie. Autotests-TROD. Rôle du pharmacien d'officine. 2017. Disponible sur : [www.acadpharm.org/dos\\_public/Rapport\\_autotests\\_TROD\\_VF9\\_2018.03.22.pdf](http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_autotests_TROD_VF9_2018.03.22.pdf)

5 \*Grispen JE, Ickenroth MH, de Vries NK, van der Weijden T, Ronda G. Quality and use of consumer information provided with home test kits: room for improvement. *Health Expect* 2014;17:741-52.

6 Office fédéral de la santé publique.

Nouveaux règlements européens (RDM, RDIV). 2017. Disponible sur : [www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/dispositifs-medicaux/neue-eu-verordnungen-mdr-ivdr.html](http://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/dispositifs-medicaux/neue-eu-verordnungen-mdr-ivdr.html)

7 Grispen JE, Ronda G, Dinant GJ, de Vries NK, van der Weijden T. To test or not to test: a cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. *BMC Public Health* 2011;11:112.

8 Cornuz J, Pasche O. Compas. Stratégies de prise en charge clinique. Médecine interne générale ambulatoire. 3e éd. Chêne-Bourg: RMS Éditions; 2019.

9 Merckx J, Wali R, Schiller I, et al. Diagnostic Accuracy of Novel and Traditional Rapid Tests for Influenza Infection Compared With Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2017;167:394-409.

10 Ickenroth MH, Ronda G, Grispen JE, et al. How do people respond to self-test results? A cross-sectional survey. *BMC Fam Pract* 2010;11:77.

11 Organisation mondiale de la santé. HIV/AIDS. 2019. Disponible sur : [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids)

12 Office fédéral de la santé publique.

Test de dépistage du VIH pour usage personnel (« autotest du VIH ») : questions et réponses. 2019. Disponible sur : [www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/diverses/fragen-antworten-hiv-test-eigenanwendung.pdf.download.pdf/test-depistage-hiv-usage-personnel-questions-reponses.pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/diverses/fragen-antworten-hiv-test-eigenanwendung.pdf.download.pdf/test-depistage-hiv-usage-personnel-questions-reponses.pdf)

13 D'Incau S, Viala B, Ciuffi A, Cavassini M, Calmy A. Diagnosis, prevention and treatment of HIV : what's new in 2018 ? *Rev Med Suisse* 2019;15:107-12.

14 Scott PA. Unsupervised self-testing as part public health screening for HIV in resource-poor environments: some ethical considerations. *AIDS Behav* 2014;18(Suppl.4):S438-44.

15 Auer R, Selby K, Bulliard JL, et al. Shared decision making in the colorectal cancer screening program in the canton of Vaud. *Rev Med Suisse* 2015;11:2209-15.

16 Swiss Cancer Screening. À partir de 50 ans, je m'informe ! Le dépistage du cancer du côlon. 2019. Disponible sur : [www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user\\_upload/Documents/SwissCancer-Screening/WWW/Editors/Downloads/Darmkrebs/Darmkrebsbrosch%C3%BCre\\_SCS/Darmkrebs\\_Brosch\\_A5\\_Web.pdf](http://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/SwissCancer-Screening/WWW/Editors/Downloads/Darmkrebs/Darmkrebsbrosch%C3%BCre_SCS/Darmkrebs_Brosch_A5_Web.pdf)

17 Marbet U. Dépistage du cancer

colorectal : ce que nous gagnons. *Bull Med Suisses* 2017;98:1058-9.

18 Prod'homme G, Bille J. Diagnostic des maladies infectieuses : place des « points of care tests » (POCT). *Rev Med Suisse* 2008;4:908-13.

19 Cornuz J, Pasche O. Caractéristique d'un test (Figure 3, pg 46). In: Compas, stratégies de prise en charge clinique. Médecine interne générale ambulatoire. 3e éd. Chêne-Bourg: RMS Éditions; 2019. p. 46.

20 AGLA GSLA Swiss Atherosclerosis Association. Prévention de l'athérosclérose. 2018. Disponible sur : [www.agla.ch/fr/recommendations](http://www.agla.ch/fr/recommendations)

21 Logean S. Gluten, des tests qui jouent sur l'ambiguïté. *Le Temps* [En ligne]. 2017 mai; epub ahead of print. Disponible sur : [www.letemps.ch/sciences/gluten-tests-jouent-lambiguïte](http://www.letemps.ch/sciences/gluten-tests-jouent-lambiguïte)

22 Godat S, Velin D, Aubert V, et al. An update on celiac disease. *Rev Med Suisse* 2013;9:1584-9.

23 Latini Keller V, Junod Perron N, Graf JD, Stoeremann Chopard C. Analyse d'urines : l'ABC du praticien. *Rev Med Suisse* 2009;5:1870-5.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Comment intensifier les efforts de recherche pour une médecine de famille basée sur les preuves ?

## Proposition de cadre conceptuel

Dr HUBERT MAISONNEUVE<sup>a</sup> et Pr DAGMAR M. HALLER<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1034-8

La consultation de médecine de famille (MF) est caractérisée par des aspects épidémiologiques et phénoménologiques différents de ceux des autres spécialités. Malheureusement, les données provenant de recherches spécifiques à la MF font souvent défaut. Nous avons développé un cadre conceptuel permettant d'ancrer les recherches dans la pratique de la MF. Nous illustrons comment utiliser ce cadre pour 1) façonner les questions de recherche, 2) concevoir les méthodes correspondantes, 3) mener les études et 4) anticiper l'implémentation des données issues de la recherche. L'utilisation d'un tel cadre conceptuel est une aide potentielle pour répondre au défi de l'implication des médecins de famille dans la genèse des questions posées, la collecte des données et l'implémentation des preuves dans la pratique quotidienne.

### How can we intensify research efforts in primary care? A conceptual framework

*In primary care, guidelines often conflict with a holistic approach to the patient's problems. This highlights both the unmet needs for evidence necessary to primary care daily decisions and the need to develop primary care research. One of the first steps to improve primary care research is to ground research initiatives into primary care practice. We propose to shape general research procedures using a framework exploring the convergent dynamics leading to shared clinical decision. In this dynamic representation, primary care research gathers new evidence from clinical states and circumstances, patients' preferences and actions, and clinical expertise. These data can feed a loop leading to enhanced clinical expertise through the uptake of research findings into routine healthcare in clinical contexts.*

### SPECIFICITÉ DES SOINS EN MÉDECINE DE FAMILLE – BESOIN DE RECHERCHE

La consultation de médecine de famille (MF), aussi appelée médecine générale ou médecine de premier recours, est caractérisée par des aspects épidémiologiques et phénoménologiques fondamentalement différents de ceux des autres spécialités. Nous pouvons illustrer ces différences à partir de la comparaison de la répartition des causes de douleurs thora-

ciques vues en cabinet de MF ou dans un service d'urgences hospitalières.<sup>1</sup> Dans cette étude, comme dans celle réalisée quelques années plus tard par nos collègues de Lausanne,<sup>2</sup> la proportion de causes graves est beaucoup plus faible en MF (tableau 1).<sup>1,2</sup> On observe par ailleurs une répartition plus large des causes de douleurs thoraciques. Ces différences épidémiologiques ont des conséquences sur la prise de décision: la faible proportion d'affections graves en MF amène à des prises en charge moins invasives et à une attitude plus attentiste, sans pour autant négliger les critères de gravité. Malheureusement, les données épidémiologiques descriptives spécifiques à la MF font souvent défaut, de même que les essais contrôlés randomisés explorant les interventions utilisées en MF et les algorithmes de décision adaptés au contexte.

### Prévalence des pathologies rencontrées en médecine de famille et performance des tests diagnostiques

La faible prévalence des maladies ou – en d'autres termes – le large éventail des motifs de consultation est l'une des grandes caractéristiques de la MF.

L'impact de la prévalence sur la valeur prédictive positive d'un test diagnostique a des conséquences sur les performances réelles des tests utilisés en MF. Même les tests diagnostiques avec une sensibilité et une spécificité élevées n'ont qu'une faible valeur prédictive positive dans un contexte de faible prévalence comme la MF. L'application d'une probabilité

**TABLEAU 1** Causes de douleurs thoraciques

Répartition des causes de douleurs thoraciques chez des patients vus en médecine de premier recours (MPR) ou aux urgences hospitalières.

<sup>a</sup>Angor stable, hypertension, trouble du rythme cardiaque, cardiomyopathie; <sup>b</sup>infarctus du myocarde, angor instable, embolie pulmonaire, péricardite aiguë grave, décompensation cardiaque grave.

| Diagnostic   | MPR % (n = 992) | Urgences hospitalières % (n = 580) |
|--|-----------------|------------------------------------|
| Causes pariétales                                  | 29-48,7         | 7,2                                |
| Causes pulmonaires hautes                          | 5,5-16,1        | 3,3                                |
| Causes pulmonaires basses                          | 3,5-4,6         | 8,8                                |
| Causes fonctionnelles                              | 11,5-17,1       | 9,3                                |
| Causes digestives hautes                           | 7,7-9,1         | 2,5                                |
| Causes cardiovasculaires non urgentes <sup>a</sup> | 14-8,4          | 13,4                               |
| Causes cardiovasculaires urgentes <sup>b</sup>     | 1,8-4,8         | 40,9                               |
| Autres   | 5,3-10          | 10                                 |

(Adapté de réf. 1,2).

<sup>a</sup>Unité des internistes généralistes et pédiatres (UIGP), Faculté de médecine de Genève, Université de Genève, 1206 Genève  
hubert.maisonneuve@unige.ch | dagmar.haller-hester@unige.ch

post-test surestimée aux patients de MF peut conduire à une prise en charge inappropriée.<sup>3,4</sup> Par exemple, dans un échantillon de 100 patients consultant leur MF pour une asthénie, une prise de sang est effectuée chez la moitié d'entre eux environ, mais une origine somatique n'est observée que chez 3 à 9% des patients.<sup>5</sup> Dans ce cadre, des études descriptives, apportant une meilleure approximation de la très faible prévalence de causes somatiques aux plaintes d'asthénie, entraîneraient probablement un recours plus adapté au bilan biologique.

### Décalage entre les maladies couramment prises en charge en médecine de famille et les essais contrôlés randomisés

La pratique de la MF est paradoxale: alors que les médecins de famille voient un éventail large de pathologies, seul un petit nombre de conditions est rencontré de façon répétée. Par exemple, dans les pays à revenu élevé, une dizaine de problèmes médicaux courants représente 25% des consultations menées par les médecins de famille.<sup>6</sup> Compte tenu du faible nombre de ces affections courantes et du grand nombre de patients concernés, il paraîtrait logique de disposer de nombreuses données pour explorer ces affections dans un contexte de MF. Or, plusieurs études illustrent le décalage entre le fardeau des maladies couramment prises en charge en MF et le nombre d'essais contrôlés randomisés qui explorent l'efficacité de leur prise en charge.<sup>7</sup> Lorsqu'ils existent, les essais contrôlés randomisés qui explorent les maladies courantes de MF sont souvent réalisés dans un contexte hospitalier. Du fait du décalage généralement constaté entre les sujets de l'étude et les patients ordinaires, il semble légitime de relativiser la généralisation des découvertes provenant de ce type d'études.<sup>8</sup> Les cliniciens reconnaissent par ailleurs généralement que bon nombre des patients qu'ils voient dans le cadre de la pratique clinique courante ne seraient pas admissibles à de tels essais. Cette exclusion soulève inévitablement des questions sur l'applicabilité des résultats des essais aux patients ordinaires en MF.<sup>9</sup>

Les avantages du traitement sont habituellement plus élevés chez les patients dont la maladie entraîne un fardeau plus important (comme ceux traités dans les centres hospitaliers) que chez ceux souffrant de formes moins sévères, vus en MF. Ainsi, en MF, l'utilisation d'une intervention dont l'effet bénéfique a été observé en milieu hospitalier peut entraîner un traitement excessif ou moins rentable.<sup>9</sup>

### Limites dans l'impact et l'application des recommandations de bonne pratique en médecine de famille

La qualité de l'élaboration des recommandations de bonne pratique repose, entre autres, sur un niveau de preuve élevé et sur une composition de groupes d'experts adaptée.<sup>10</sup>

Les limites précédentes expliquent le manque de preuves appuyant l'élaboration des recommandations de bonne pratique ciblant les patients de MF. De fait, environ 50% de toutes les recommandations de bonne pratique ne sont pas fondées sur des preuves de haut niveau, mais sur des opinions d'experts.<sup>11</sup>

Dans cette situation, la composition du groupe d'experts pour l'élaboration de bonnes pratiques, la sélection des experts et

la présence ou non de représentants des patients revêtent une grande importance. Quel expert choisir pour élaborer des recommandations de bonne pratique en matière de MF ? Est-il préférable de sélectionner des représentants de la population susceptible d'être touchée par les recommandations de bonne pratique, c'est-à-dire des médecins de famille, ou des experts en maladies qui affirment que les recommandations de bonne pratique élaborées sans leur contribution ne contiendront pas toute l'expertise requise ? À l'heure actuelle, dans les recommandations de bonne pratique, on compte environ un médecin de famille pour trois spécialistes et les patients ne sont pas toujours représentés.<sup>12</sup> Cette réalité soulève des questions sur l'applicabilité des recommandations dans la pratique quotidienne. Pour certains auteurs, en l'absence de recherches originales effectuées par des médecins de famille dans des contextes de MF, l'élaboration de recommandations de bonne pratique par les médecins de premier recours demeure difficile.<sup>13</sup> En parallèle, des initiatives telles que les *rapid recommendations*, initiées par le BMJ et le programme MAGIC, comprenant des représentants des patients, des médecins de famille, des chercheurs et des spécialistes de la conception de recommandations de bonne pratique, constituent une alternative d'autant plus intéressante que la question de l'implémentation des résultats est posée dès le départ.<sup>14</sup>

Toutes ces considérations peuvent expliquer en partie les barrières à l'utilisation des recommandations de bonne pratique en MF.<sup>15</sup> Leur utilité pour la prise en charge quotidienne des patients multimorbides complexes est remise en question. Par ailleurs, peu de preuves montrent que les recommandations de bonne pratique apportent un bénéfice clinique direct aux patients de MF.<sup>16</sup>

La production de données pertinentes pour la MF est un préalable indispensable à la production et à l'implémentation de recommandations de bonnes pratiques adaptées à ce contexte.<sup>13</sup> Pour cela, il est nécessaire d'ancrer les initiatives de recherche dans la pratique de la MF.

### CADRE CONCEPTUEL POUR ANCRER LES RECHERCHES DANS LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE DE FAMILLE

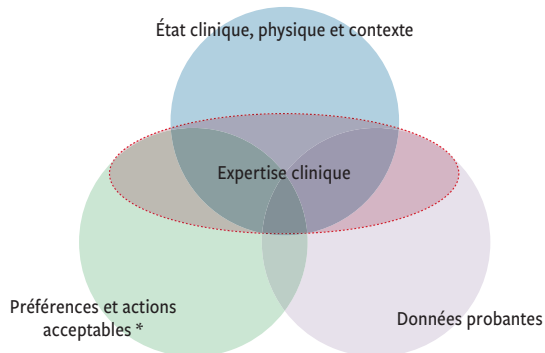
Pour ancrer les recherches dans la pratique de la MF, nous avons développé un cadre conceptuel à partir d'un cadre initialement conçu pour explorer les dynamiques convergentes menant à la prise de décision partagée (**figure 1**).<sup>17</sup> La prise de décision partagée est le processus par lequel le médecin de famille et son patient construisent conjointement une action clinique. Elle s'inscrit à la convergence entre les compétences de communication centrée sur le patient et la médecine fondée sur des preuves.<sup>18</sup>

Dans le cadre que nous présentons, la décision suit une séquence donnée et repose sur trois composantes:

- Premièrement, le praticien tient compte de l'état clinique, physique, et du contexte du patient pour déterminer ce qui ne va pas et quelles sont les options de traitement ou de diagnostic envisageables.
- Deuxièmement, ces différentes options doivent être examinées à la lumière des données de recherche concernant

|              |   |
|--------------|---|
| <b>FIG 1</b> | <b>Cadre conceptuel identifiant les dynamiques convergentes menant à la décision partagée</b> |
|--------------|---|

\* Par le patient.



(Adapté de réf. 17).

leur efficacité et leur efficence.

- Troisièmement, en tenant compte des effets possibles associés à chaque choix, le praticien examinera les préférences du patient et les actions acceptables (soit les interventions qu'il est prêt et capable d'observer).

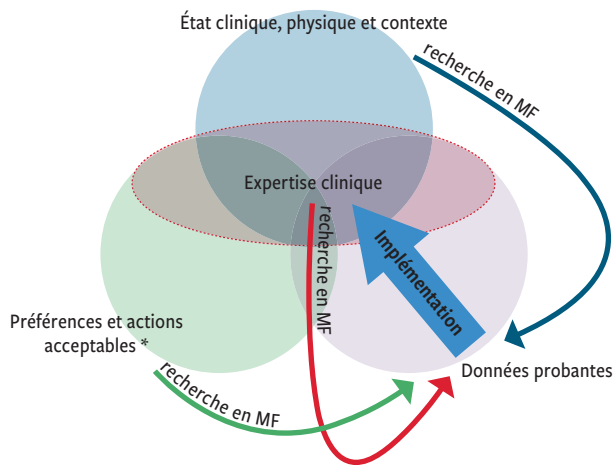
L'expertise clinique est la capacité à créer les conditions d'une décision partagée en fonction de ces dynamiques. L'expertise clinique consiste donc à intégrer les données provenant de ces 3 composantes, à les analyser et à proposer les interventions que le patient est en mesure de comprendre et d'accepter.<sup>17</sup>

Dans cette représentation dynamique (figure 2), l'objectif est de produire des données probantes provenant de n'importe quelle composante du cadre afin d'alimenter une boucle venant enrichir l'expertise clinique par le biais des études d'implémentation.

|              |  |
|--------------|--|
| <b>FIG 2</b> | <b>Présentation des différents axes d'investigation abordés par la recherche en MF</b> |
|--------------|--|

MF: médecine de famille.

\* Par le patient.



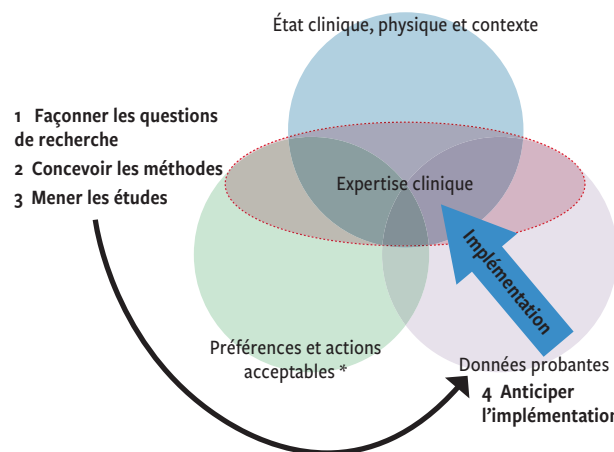
Faire correspondre les objectifs de recherche et les besoins de santé, adapter les méthodes, sélectionner des indicateurs pertinents

Conformément aux diverses recommandations en faveur du développement d'un domaine de recherche en MF,<sup>3,19,20</sup> nous proposons d'illustrer comment utiliser ce cadre pour 1) façonner les questions de recherche liées aux médecins de famille, 2) concevoir les méthodes correspondantes, 3) mener les études et 4) anticiper la nécessaire mise en pratique des données issues de la recherche (figure 3).

La première étape de cette démarche consiste à sélectionner des thèmes de recherche, puis à établir un ordre de priorité des recherches à mener (figure 4). Pour s'assurer que les besoins sanitaires (souvent liés à un territoire) et le fardeau lié à la morbidité soient ciblés par les activités de recherche,<sup>7</sup>

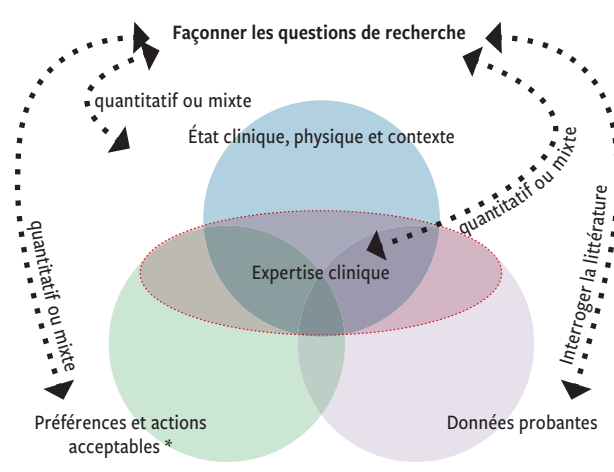
|              |  |
|--------------|--|
| <b>FIG 3</b> | <b>Identification des étapes menant à l'enrichissement de l'expertise clinique</b> |
|--------------|--|

\* Par le patient.



|              |   |
|--------------|---|
| <b>FIG 4</b> | <b>Illustration des étapes nécessaires à la mise au point d'une question de recherche</b> |
|--------------|---|

\* Par le patient.



la participation des médecins de famille, des épidémiologistes et des représentants des patients est un prérequis important.<sup>3,19</sup>

Pour cela, il faut commencer par interroger les preuves existantes dans la littérature. Lorsque les données existent, la réalisation de revues de littérature selon un design adapté (de préférence revue systématique) permet de collecter les données probantes existantes sur les sujets choisis, d'examiner leur potentielle transférabilité en contexte clinique et de cibler les points restants à étudier.

Pour explorer les thèmes relatifs aux perspectives et préférences des patients ou des médecins de famille, les designs qualitatifs (recherche-action participative, théorisation ancrée, phénoménologie, ethnographie, observation participante ou méthodes de consensus) sont souvent plus adaptés à des phases initiales que les designs quantitatifs.<sup>20</sup>

S'il n'y a pas de données probantes disponibles sur les sujets médicaux à investiguer, les études observationnelles selon un design quantitatif ou mixte permettent d'aborder de nouveaux sujets ou contextes de recherche. Pour décrire le contexte local et aider à prioriser les sujets de recherche, nous pouvons utiliser 1) des enquêtes locales et des enquêtes par échantillonnage aléatoire, 2) des études transversales, 3) des études cas-témoins ou 4) des études de cohortes.<sup>20</sup>

Une fois les thèmes généraux choisis et priorisés, les choix méthodologiques devraient refléter le fait que le concept de santé va au-delà de la simple absence de maladie, ou encore que les interactions entre les personnes et leur médecin sont des phénomènes complexes. Le suivi longitudinal devrait être préféré, de même que la prise en compte du fait que plusieurs problèmes de santé coexistent en général chez un même patient.<sup>20</sup> Il nous paraît approprié d'inclure chaque composante du présent cadre dans le choix des thèmes explorés. À cette fin, la recherche ne sera pas centrée sur la maladie, mais intégrera des principes plus larges comme l'approche centrée sur la personne, l'approche holistique ou l'équité.<sup>20</sup>

- Ainsi, le choix des critères d'évaluation doit être adapté, les études devraient utiliser des résultats de santé pertinents ou évaluer la qualité de vie au lieu de se concentrer principalement sur la satisfaction du patient ou sur des critères intermédiaires tels que des marqueurs biologiques.
- Les modèles qualitatifs sont essentiels pour aborder la complexité, comprendre les liens entre les différentes dynamiques, explorer les résultats de santé pertinents et comme première étape pour développer des instruments de mesure.
- Les méthodes mixtes explicatives ou exploratoires sont souvent utiles pour étudier un sujet sous différents angles ou perspectives. Elles permettent à la fois de décrire des variables et leurs associations, tout en ajoutant la capacité d'expliquer les phénomènes et dynamiques observés, ou de générer des hypothèses de recherche confirmées secondairement par des designs quantitatifs.
- Les essais contrôlés randomisés fournissent des preuves de haut niveau sur différents types d'interventions. Cependant, ils doivent être originaux et valables sur le plan externe (en ce qui concerne les différents biais mentionnés plus haut). Dans les essais et les projets d'amélioration de

la qualité, des groupes témoins appropriés doivent être définis. La valeur ajoutée attendue des soins de santé primaires de routine (et sa validité en tant que comparateur) doit être considérée avec prudence.<sup>20</sup>

## Implémenter des données probantes dans les soins de santé courants en contexte clinique

En 2020, plusieurs études ont conclu à un rapport bénéfice/risque défavorable de la prescription d'aspirine en prévention primaire.<sup>21</sup> Pourtant, nous pouvons anticiper que l'apparition de ces données probantes ne se traduira pas rapidement par une non-initiation et/ou une déprescription massive de l'aspirine en pratique courante. D'une façon générale, ces situations de découverte dans le champ de la recherche visant à modifier une pratique clinique établie nécessiteraient d'anticiper leur intégration dans l'expertise clinique, puis comment cette intégration sera contrôlée et adaptée. De ce point de vue, l'approche globale présentée dans le cadre conceptuel est une force.

- Les études de cohortes prospectives permettent d'évaluer la mise en œuvre et le suivi des nouveaux modèles de soins ou des programmes éducatifs.
- Les approches plus qualitatives, comme les études de recherche de consensus, la recherche-action participative ou l'observation participative, sont des alternatives valables. Elles peuvent aussi venir en synergie des études longitudinales, en nichant des études ancillaires (études servant à comprendre les mécanismes observés dans une étude) permettant de mieux comprendre certains processus.

Au total, l'application de ce cadre pour ancrer les recherches dans la pratique de la MF pourrait permettre aux praticiens de disposer de données probantes, pensées et testées pour enrichir l'expertise clinique. Ce cadre est un moyen parmi d'autres pour augmenter la pertinence de la recherche pour soutenir la prise de décision dans les situations complexes, en tenant compte des spécificités de la population de MF. Il permettrait aux chercheurs ou aux directeurs de recherche de mieux planifier leurs recherches afin d'alimenter l'expertise clinique ou les attitudes des patients, mais aussi leurs besoins de formations ou de collaborations avec d'autres entités maîtrisant les méthodologies complémentaires. Pour les chercheurs en MF, situer les recherches au sein de ce cadre permet d'être plus didactique vis-à-vis des autorités universitaires qui exigent souvent une cohérence dans les projets – cohérence parfois difficile à visualiser en ce qui concerne la recherche en MF, qui par définition touche une multitude de pathologies, telles que rencontrées dans la pratique clinique.

Pour les financeurs et les sociétés savantes, un tel cadre pourrait aider à définir des priorités de recherche en MF. Il permet de varier le champ des recherches menées tout en ciblant plus spécifiquement comment la recherche vise, en définitive, à enrichir l'expertise clinique ou l'attitude des patients. Il permet, en outre, une grille de lecture des projets de recherche en MF.

Pour les patients ou organisations de patients, un tel cadre pourrait aider à travailler avec les cliniciens sur une définition commune des priorités de recherche.

## CONCLUSION ET IMPLICATIONS POUR L'AVENIR

La recherche en MF est encore une jeune discipline. Elle doit répondre à des enjeux importants tels que l'implication des médecins de famille dans la genèse des questions posées, la collecte des données et l'implémentation des preuves dans la pratique quotidienne.

L'utilisation d'un cadre conceptuel pour ancrer les questions dans la pratique, choisir les critères d'évaluation, cibler les différents phénomènes observés et anticiper l'implémentation est une aide potentielle pour répondre à ces défis. Ce cadre peut aussi servir à modéliser les recherches menées par les étudiants en médecine dans le cadre de leurs travaux de master ou à structurer un cours à options sur la recherche en MF. Dans les deux cas, il pourrait constituer un outil appuyant l'idée que les futurs praticiens peuvent combiner la construc-

tion de leurs compétences cliniques et de leurs compétences de recherche pour former le socle des praticiens-chercheurs médecins de famille de demain.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'utilisation d'un cadre conceptuel pour ancrer les questions dans la pratique, choisir les critères d'évaluation, cibler les différents phénomènes observés et anticiper l'implémentation est une aide potentielle pour répondre au défi de l'implication des médecins de famille dans la genèse des questions posées, la collecte des données et l'implémentation des preuves dans la pratique quotidienne

1 Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract* 2001;18:586-9.  
 2 Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly* 2008;138:340-7.  
 3 \*\*Winzenberg TM, Gill GF. Prioritising general practice research. *Med J Aust* 2016;205:55-7.  
 4 Académie suisse des sciences médicales (ASSM). La médecine de famille (la médecine de premier recours) doit être mieux ancrée au niveau académique [En ligne]. 2012. Disponible sur : [www.samw.ch/dam/jcr:516659b5-a5fa-4d8f-9ed1-cb38f43ae7b1/prise\\_de\\_position\\_assm\\_medicine\\_de\\_famille\\_20121120.pdf](http://www.samw.ch/dam/jcr:516659b5-a5fa-4d8f-9ed1-cb38f43ae7b1/prise_de_position_assm_medicine_de_famille_20121120.pdf)  
 5 Wilson J, Morgan S, Magin PJ, van Driel ML. Fatigue – a rational approach to investigation. *Aust Fam Physician* 2014;43:457-61.

6 \*Cooke G, Valenti L, Glasziou P, Britt H. Common general practice presentations and publication frequency. *Aust Fam Physician* 2013;42:65-8.  
 7 Emdin CA, Odutayo A, Hsiao AJ, et al. Association between randomised trial evidence and global burden of disease: cross sectional study (Epidemiological Study of Randomized Trials – ESORT). *BMJ* 2015;350:h117.  
 8 Dowd R, Recker RR, Heaney RP. Study Subjects and Ordinary Patients. *Osteoporos Int* 2000;11:533-6.  
 9 Winzenberg T. Understanding the context of general practice research. *Aust Fam Physician* 2001;30:621-3.  
 10 Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.  
 11 \*Allan GM. Should primary care guidelines be written by family physicians?: YES. *Can Fam Physician* 2016;62:705-6.

12 \*Allan GM, Kraut R, Crawshaw A, et al. Contributors to primary care guidelines: What are their professions and how many of them have conflicts of interest? *Can Fam Physician* 2015;61:52-8.  
 13 \*D'Urzo AD. Why primary care guidelines are not prepared by family physicians. *Can Fam Physician* 2016;62:874.  
 14 Siemienuk RA, Agoritsas T, Macdonald H, et al. Introduction to BMJ Rapid Recommendations. *BMJ* 2016;354:i5191.  
 15 Sebo P, Cerutti B, Fournier J-P, et al. How do general practitioners put preventive care recommendations into practice? A cross-sectional study in Switzerland and France. *BMJ Open* 2017;7:e017958.  
 16 \*Bourbeau J. Should primary care guidelines be written by family physicians?: NO. *Can Fam Physician* 2016;62:706-7.  
 17 \*\*Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients'

choices in evidence based practice. *BMJ* 2002;324:1350.  
 18 Hoffmann TC, Montori VM, Mar CD. The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA* 2014;312:1295-6.  
 19 Montesanti S, Robinson-Vollman A, Green LA. Designing a framework for primary health care research in Canada: a scoping literature review. *BMC Fam Pract* 2018;19:144.  
 20 Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *Eur J Gen Pract* 2009;15:243-50.  
 21 Moriarty F, Ebell MH. A comparison of contemporary versus older studies of aspirin for primary prevention. *Fam Pract* 2019.

\* à lire  
 \*\* à lire absolument



# Pour une meilleure prise en charge des patients en médecine de famille: quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2019?

Dre CHRISTINE COHIDON<sup>a</sup> et Pr NICOLAS SENN<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1039-43

L'interprofessionnalité (IP) en médecine de premier recours est largement encouragée. Cependant, si les étudiants en médecine ont une attitude favorable vis-à-vis de l'IP, celle-ci est dégradée lorsqu'ils atteignent le postgrade. Une revue de littérature sur le travail en IP montre que si ses effets positifs sont assez clairement établis sur les processus de soins, ils le sont moins pour ce qui concerne la santé des patients. Un troisième article sur le nombre annuel de visites en médecine de famille montre son absence d'association avec la mortalité ou encore les admissions hospitalières. Un dernier article, chinois, vise à modifier la perception du délai d'attente acceptable pour les patients afin d'améliorer leur satisfaction vis-à-vis du système de soins. Les résultats pourraient être extrapolables à nos systèmes!

## Improving patient care in family medicine: what's new about healthcare organization in the 2019 literature?

*Interprofessional collaboration (IPC) in primary care is widely encouraged, however, while medical students have a favourable attitude towards IPC, this attitude is less favourable when they reach the post-graduate level. A review of the literature on the characteristics of interprofessional primary care teams shows that while the positive effects of IPC are relatively clear on the care processes, they are much less clear with respect to patient health outcomes. A third paper studies the annual rate of family medicine visits and shows no association with mortality or hospital admissions rates. A final article, from China, looks at the idea of changing patients' perceptions of expected waiting times in order to improve their satisfaction with the health care system. The results could be extrapolated to our Western systems!*

## INTRODUCTION

Cet article propose un résumé d'une sélection d'articles issus de la littérature scientifique sur la médecine de famille (MF) en lien avec l'organisation du système de santé parus en 2019. Ils ont été retenus pour l'intérêt de leur thématique, leur originalité ou leur qualité méthodologique. Cette année, un accent est mis sur l'interprofessionnalité (IP) puisque deux des quatre articles portent sur ce thème. La collaboration

interprofessionnelle en médecine de premier recours est en effet désormais largement encouragée, dans un objectif de qualité des soins et de maintien des coûts de la santé.

## NOMBRE DE CONSULTATIONS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET INDICATEURS QUALITÉ<sup>1</sup>

Contrairement au recours aux services d'urgence qu'il est souhaitable de limiter pour les patients comme pour le système de santé, il n'existe pas de nombre «idéal» de consultations annuelles chez le médecin généraliste. Par ailleurs, les liens entre le taux de consultation en médecine de premier recours et le recours aux soins de seconde ligne, la mortalité ou encore la satisfaction des patients demeurent flous. Un nombre annuel élevé de consultations pourrait être perçu comme un bon moyen de limiter le recours aux services d'urgence; cependant, il pourrait aussi être considéré dans certains cas comme révélateur de dysfonctionnements dans la prise en charge des patients.

Cette étude anglaise avait pour objectif d'observer si le taux annuel de consultations par patient, soit avec un médecin généraliste, soit avec un-e infirmier-ère de premier recours, était associé à certains indicateurs sanitaires tels que les hospitalisations, la satisfaction des patients et la qualité des soins (score global issu du système anglais *Quality and Outcomes Framework* (QOF)<sup>2</sup>). L'étude, réalisée à l'échelle des cabinets, a été possible via la mise en lien de différentes bases de données médico-administratives concernant 283 cabinets de médecine générale entre 2013 et 2014.

L'analyse des données ne montre aucune association entre le taux annuel de consultations, que ce soit avec un médecin généraliste ou avec un-e infirmier-ère, et la mortalité ou les admissions hospitalières. En revanche, un taux plus élevé de consultations avec une infirmière montre une meilleure qualité des soins (meilleur score global QOF). Ce n'est pas le cas en ce qui concerne le taux annuel de visites avec les médecins, ce dernier étant, en revanche, associé à une meilleure satisfaction des patients dans les domaines relatifs à l'accès aux soins (**tableau 1**).

Ces analyses prenaient en compte d'autres facteurs relatifs à la fois à la patientèle (sexe-ratio, âge, degré de vulnérabilité) et aux cabinets (degré de ruralité, taille des cabinets, équivalent

<sup>a</sup>Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne  
christine.cohidon@hospvd.ch | nicolas.senn@hospvd.ch

**TABLEAU 1** Associations entre caractéristiques des cabinets et indicateurs de santé

IRR : Incidence Rate Ratio.

|   | Mortality rate |        |      | Hospital admissions |        |      |
|---|----------------|--------|------|---------------------|--------|------|
|   | IRR            | 95% CI |      | IRR                 | 95% CI |      |
| GP consultation rate (per patient person-year)          | 1.01           | 0.98   | 1.04 | 1.02                | 0.99   | 1.04 |
| Nurse consultation rate (per patient person-year)       | 0.97           | 0.93   | 1.02 | 0.98                | 0.94   | 1.03 |
| Percentage of patients aged over 64                     | 1.06           | 1.05   | 1.07 | 1.02                | 1.02   | 1.03 |
| Percentage of patients who are female                   | 0.96           | 0.94   | 0.99 | 1.01                | 0.99   | 1.03 |
| Number of FTE doctors per 1000 patients                 | 1.55           | 1.22   | 1.97 | 1.05                | 0.86   | 1.29 |
| Number of FTE nurses per 1000 patients                  | 1.07           | 0.82   | 1.38 | 1.05                | 0.83   | 1.32 |
| Urban location (compared to rural)                      | 1.19           | 1.07   | 1.31 | 1.12                | 1.03   | 1.22 |
| Percentage of patients in most deprived quintile of IMD | 1.00           | 1.00   | 1.01 | 1.01                | 1.00   | 1.01 |
| Training practice (yes compared to no)                  | 1.04           | 0.97   | 1.11 | 0.95                | 0.90   | 1.01 |

(Adapté de réf. <sup>1</sup>)

temps plein (ETP) médecins et infirmier·ière·s). Ces facteurs, en particulier l'âge de la patientèle, le milieu urbain et la taille des cabinets, se sont finalement révélés plus prédictifs de la mortalité et des hospitalisations que le nombre annuel de visites (indicateurs sanitaires péjorés en cas de patientèle âgée, en milieu urbain et dans les cabinets avec des ETP médecins plus élevés).

Ces résultats sont considérés comme rassurants par les auteurs dans le sens où l'atteinte d'un niveau de saturation de la médecine de premier recours en termes de nombre de consultations n'impacterait pas trop fortement l'état de santé de la population. Ces résultats mettent également à mal les décisions de certains systèmes sanitaires quant à la nécessité d'améliorer l'accès à la médecine de premier recours, en élargissant les horaires d'ouverture, par exemple. Une des conclusions serait au contraire de mieux considérer dans la prise en charge des populations les caractéristiques de la patientèle (âge et niveau social en particulier) qui semblent plus prédictifs de l'état de santé.

À noter comme limite à cette étude que derrière l'indicateur global qu'est le nombre annuel de visites, il n'est pas possible de faire la distinction entre la demande des patients en termes de visites (besoins exprimés) et l'offre des cabinets proposée en retour.

Il n'existe probablement pas de nombre «idéal» de consultations annuelles chez le médecin généraliste. Par ailleurs, ce nombre (ou taux) n'apparaît pas prédictif d'indicateurs de santé globale (mortalité, admissions hospitalières, recours aux urgences) des patients.

### ATTITUDES DES MÉDECINS EN FORMATION PAR RAPPORT À LA COLLABORATION MÉDECIN-INFIRMIER·ÈRE<sup>3</sup>

La collaboration interprofessionnelle est l'une des réponses les plus mises en œuvre pour améliorer la qualité des soins et

réduire les coûts de santé. Elle est largement encouragée par les différentes instances de santé, nationales et internationales.<sup>4</sup> Cette pratique professionnelle est cependant rarement innée et ne correspond classiquement pas aux standards des pratiques professionnelles des médecins, notamment des médecins de famille. Ainsi, l'IP est désormais introduite durant la formation des professionnels. Le fait que différentes professions apprennent à la fois ensemble et les unes des autres semble être le gage d'un meilleur fonctionnement interprofessionnel dans le futur.

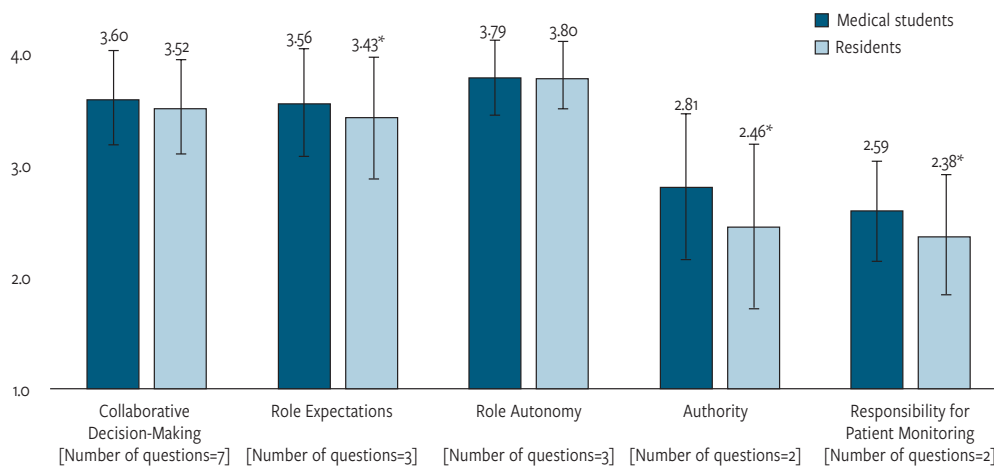
Cette étude originale a pour objectif d'observer si l'attitude des médecins vis-à-vis de la collaboration médecin-infirmier·ère est amenée à évoluer au cours des années de formation. Les auteurs font en effet l'hypothèse que les critères fondateurs de l'IP, à savoir le respect, la confiance, la compréhension des rôles et le sentiment de pouvoir, pourraient varier au fur et à mesure des études médicales. Par ailleurs, elle vise également à observer d'éventuelles différences selon la spécialité choisie. L'outil utilisé est l'échelle de Jefferson.<sup>5</sup> Il s'agit d'un questionnaire validé à 20 questions regroupées en 5 domaines: prise de décision collaborative, définition des rôles, autonomie, autorité-pouvoir et responsabilité de la prise en charge du patient. L'étude a été menée auprès de 129 étudiants en médecine de 3<sup>e</sup> année et 292 «résidents» (internes/médecins assistants) de 22 spécialités différentes dans une école de médecine américaine.

En premier lieu, d'après leur score à l'échelle de Jefferson, les étudiants comme les «résidents» se montrent globalement favorables à l'IP. Néanmoins, comme le montre la **figure 1**, les réponses des étudiants en médecine traduisent une attitude plus favorable aux différentes dimensions de l'IP que celles de leurs aînés. Ces différences sont significatives pour les domaines de l'autorité et de la responsabilité. Par ailleurs, les «résidents» issus des spécialités chirurgicales présentent une attitude plus défavorable vis-à-vis de l'IP, quel que soit le domaine décrit.

Ces résultats pourraient donc traduire une baisse de l'attitude favorable vis-à-vis de l'IP au cours du cursus médical. Il faut

**FIG 1** Attitude envers le travail en IP selon les dimensions de l'échelle de Jefferson durant le cursus médical

En ordonnée, score d'attitude favorable.



(Adapté de réf. 3)

cependant noter qu'il ne s'agit pas d'un suivi d'une même population d'étudiants dans le temps mais d'une analyse au même moment (en 2016) de deux populations à un niveau différent de leur cursus, ce qui limite sensiblement l'interprétation des résultats. Dans ce contexte, les différences entre spécialités au sein de la population des «résidents» sont moins sujettes à caution.

Les auteurs soulignent que, bien qu'une formation IP au début du cursus médical assure les fondements d'une pratique IP ultérieure, la confrontation à des situations réelles (impliquant la résolution de problèmes) joue un rôle majeur. Maintenir les formations en IP lors des périodes cliniques telles que l'internat semble donc important; ce qui est actuellement peu fait dans les cursus (alors que les formations en IP se généralisent en début de cursus médical). Les auteurs mettent aussi leurs résultats en perspective avec le concept de *hidden or unstructured curriculum*.<sup>6</sup> Cette théorie appliquée à la formation médicale met en avant une certaine érosion des valeurs morales des médecins au fur et à mesure de leur formation et de leur pratique clinique.<sup>7</sup> La diminution de l'intérêt pour l'IP pourrait trouver une explication dans cette théorie.

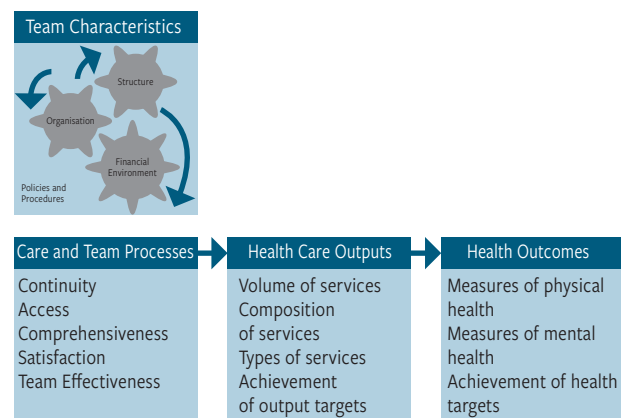
Globalement, les médecins en formation se déclarent favorables au travail en IP. Cependant, cette attitude favorable semble s'estomper au fur et à mesure du cursus médical.

### CARACTÉRISTIQUES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS<sup>8</sup>

Comme expliqué pour l'article précédent, la collaboration interprofessionnelle en médecine de premier recours est désormais largement encouragée. Les équipes IP sont constituées de professionnels issus de professions et disciplines différentes, offrant aux patients une prise en charge large et

permettant d'assurer la continuité et la coordination des soins. Pour autant, les effets du fonctionnement en IP sur les processus de soins et la santé des patients varient selon les contextes et il n'existe pas d'études sur la composition optimale des équipes IP qui offrirait le plus d'intérêt pour le système de santé. Tel est l'objet de cet article au travers d'une revue de littérature centrée sur le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Le choix de cibler ces pays reposait sur le fait qu'ils avaient déjà entrepris, depuis le début des années 2000, des restructurations de leur système de premier recours en introduisant des équipes IP. Les résultats sont présentés en distinguant les effets des caractéristiques des équipes sur les différentes étapes de la prise en charge des patients. Cela permet d'appréhender une chaîne de causalité (modèle logique) considérant que les caractéristiques des équipes peuvent avoir un effet direct sur leur fonctionnement et les processus de soins, et des effets plus indirects sur les soins délivrés et la santé des patients (figure 2).

**FIG 2** Modèle logique décrivant les impacts de l'IP sur le processus de soins



(Adapté de réf. 8)

L'analyse de la littérature montre que l'ajout de personnes dans les équipes de soins, en particulier les infirmier·ière·s, est incontestablement une source d'amélioration des processus de soins. Il en est de même pour le partage d'un même lieu de travail, les développements de type *bottom-up* ainsi que la clarté des objectifs, rôles et procédures pour les prises en charge. L'ambiance au sein de l'équipe est fortement associée à l'amélioration des processus de soins. Les résultats montrent également que le fonctionnement en équipe IP est associé à une diminution des hospitalisations et une meilleure atteinte des recommandations, en termes de prévention notamment. Les résultats sur les effets concernant la santé des patients sont en revanche plus incertains. Si de nombreuses études sur le travail en IP montrent un intérêt pour la prise en charge des malades chroniques, d'autres n'atteignent pas les objectifs espérés. Par ailleurs, les impacts relatifs au mode d'organisation en IP, au mode de financement et au type de politiques publiques accompagnant les démarches sur la santé semblent aussi modérés. De manière générale, quelle que soit l'étape examinée dans la **figure 2**, l'effet des modèles financiers permettant l'IP, bien que très étudié, est considéré comme modéré. Enfin, les résultats portant sur les conséquences en termes de coûts du fonctionnement en IP sont actuellement insuffisants pour que des conclusions claires soient tirées. Des études spécifiques dans ce domaine sont donc nécessaires.

Cette revue de littérature, ambitieuse de par l'étendue de ses objectifs, caractérise bien la difficulté de résumer les connaissances disponibles pour les généraliser dans ce domaine. Néanmoins, elle montre que si les effets positifs de l'IP sont relativement clairement établis sur les processus de soins (et d'équipe), ils le sont moins en ce qui concerne la santé des patients. Elle souligne enfin la nécessité d'une meilleure collaboration entre chercheurs et professionnels de santé publique afin de permettre une coordination des politiques publiques avec les projets de recherche. L'évaluation de tels projets permettrait alors de mieux comprendre les articulations de chacun des composants du fonctionnement en IP sur les résultats escomptés. Un dernier élément frappant de cette étude, et qui représente certainement une caractéristique essentielle de l'IP, est l'accent mis sur les rôles et compétences de chacun plus que sur les professions en tant que telles. Ce dernier point est essentiel si l'on souhaite sortir d'une bataille corporatiste et stérile entre professionnels pour aller vers un réel partage de leadership dans la prise en charge des patients.

Les effets positifs de l'IP sont relativement clairement établis sur les processus de soins (et d'équipe). En revanche, ils le sont bien moins en ce qui concerne la santé des patients. L'impact sur les coûts de santé reste également à confirmer. Il est par ailleurs important de mettre l'accent sur les rôles et compétences de chacun plus que sur l'appartenance professionnelle des soignants d'une équipe.

## DÉLAIS D'ATTENTE ET SATISFACTION DES PATIENTS<sup>9</sup>

Cet article ne traite pas spécifiquement de la MF, puisqu'il porte sur des consultations en ambulatoire à l'hôpital. Par

ailleurs, l'étude a été menée en Chine, dans un contexte par conséquent sensiblement différent de la MF suisse. Néanmoins, les résultats sont intéressants de par la théorie dont ils découlent et la possibilité de les extrapoler à d'autres contextes.

Les délais d'attente pour voir un médecin en ambulatoire sont source d'insatisfaction de la part des patients, en particulier en Chine. Or, la satisfaction des patients est désormais classiquement incluse parmi les indicateurs de mesure de la qualité des soins pour évaluer les performances des systèmes sanitaires. En outre, toujours dans l'objectif d'améliorer la satisfaction des patients, les médecins chinois sont invités à augmenter les durées de consultation, ce qui ne fait naturellement qu'accentuer les délais d'attente. Face à ce dilemme, ces chercheurs chinois, en se basant sur la théorie dite «des perspectives»<sup>10,11</sup> qui prédit les comportements en économie, ont émis l'hypothèse d'une possible amélioration de la satisfaction en modifiant les références des patients en termes de délais attendus, plutôt que de réduire effectivement les délais d'attente. Ainsi, diffuser des informations négatives quant aux délais d'attente permettrait de modifier ses «valeurs de référence» en matière de délai attendu.

L'expérience a été menée auprès de 257 étudiants répartis en 2 groupes, l'un «intervention», exposé à des informations négatives sur les délais d'attente, et l'autre «témoin», vierge de toute information. Les résultats suivants sont observés :

- 1) Quel que soit le groupe et avant toute réception d'informations sur l'attente, la satisfaction des patients diminue lorsque le temps effectif d'attente dépasse celui attendu.
- 2) Exposés à des informations négatives sur les délais d'attente, les étudiants du groupe expérimental ont augmenté de manière significative leurs délais attendus (acceptables) pour plus de 84% d'entre eux, en particulier chez les femmes (38% d'entre elles étendent leur temps d'attente attendu de 1 à 2 heures).
- 3) Finalement, la satisfaction était supérieure chez le groupe intervention lorsque le temps attendu (augmenté suite aux informations négatives) était supérieur au temps réel d'attente. Lorsque le temps d'attente attendu restait inférieur au temps réel, le ratio d'insatisfaits était inférieur chez le groupe intervention par rapport au groupe témoin (**tableau 2**).

La principale limite de cette étude est qu'elle a été conduite chez des étudiants et non des patients (en situation réelle). Aussi, il s'agit de réponses collectées sur des scénarios et non des situations vécues, et qui plus est sur de petits effectifs. Néanmoins, elle montre l'importance des représentations et valeurs sur les attentes des personnes par rapport au système de soins. Très concrètement, elle souligne l'intérêt de diffuser au moins dans les salles d'attente (voire par d'autres moyens) des messages sur la fréquentation des services et les temps d'attente réels.

Modifier les valeurs des patients en termes de temps d'attente permettrait d'augmenter leur satisfaction vis-à-vis du système de soins.

**TABEAU 2** Satisfaction selon les scénarios proposés et les groupes (intervention/contrôle)

T0: temps d'attente attendu avant information défavorable; T1: temps d'attente attendu après information défavorable; Ta: temps d'attente effectif; a: différence significative des scores de satisfaction entre les 2 groupes.

|                              | N  | Very dissatisfied | Dissatisfied | Satisfied  | Very satisfied |
|------------------------------|----|-------------------|--------------|------------|----------------|
| T0=1.5h and Ta=1.0h          |    |                   |              |            |                |
| Control group                | 41 | 1 (2.4%)          | 2 (4.9%)     | 17 (41.5%) | 21 (51.2%)     |
| Experimental group (T1=2.5h) | 37 | 1 (2.7%)          | 0 (0.0%)     | 12 (29.7%) | 25 (67.6%)     |
| T0=1.5h and Ta=2.0h          |    |                   |              |            |                |
| Control group                | 40 | 6 (15.0%)         | 13 (32.5%)   | 16 (40.0%) | 5 (12.5%)      |
| Experimental group (T1=2.5h) | 44 | 1 (2.3%) a        | 9 (20.5%)    | 19 (43.2%) | 15 (34.1%) a   |
| T0=1.5h and Ta=3.0h          |    |                   |              |            |                |
| Control group                | 38 | 17 (44.7%)        | 10 (26.3%)   | 9 (23.7%)  | 2 (5.3%)       |
| Experimental group (T1=2.5h) | 33 | 7 (21.2%) a       | 17 (51.5%) a | 7 (21.2%)  | 2 (6.1%)       |

(Adapté de réf. 9)

## CONCLUSION

Comme de nombreux pays occidentaux avant elle, la MF suisse doit envisager des transformations si elle veut répondre correctement et de manière durable aux défis démographiques et sanitaires. Ces transformations doivent concerner les organisations et pratiques en cabinets mais aussi la formation initiale et continue des professionnels. En ce sens, l'IP est un très bon exemple de domaine de transformation qu'il paraît nécessaire d'appréhender à toutes les étapes de fonctionnement du système de soins. Le renforcement de la culture de l'IP conditionne la réussite de nombreuses autres transformations organisationnelles et pratiques.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'attitude des médecins vis-à-vis du travail en interprofessionnalité (IP) semble se dégrader durant leur cursus de formation. Un maintien de cette culture, en formation initiale et continue, apparaît nécessaire
- Les effets d'un travail en IP n'apparaissent pas toujours de manière évidente sur des indicateurs sanitaires distaux tels que l'état de santé des patients. En revanche, son impact sur les processus de soins est avéré. Ces résultats soulignent à nouveau la nécessité d'inclure toutes les étapes des soins dans l'évaluation de la qualité d'un système de santé
- Dans le même ordre d'idée, le nombre annuel de consultations en médecine générale ne préjuge pas des taux de mortalité des patients ni des taux d'hospitalisations

1 \*\*Lay-Flurrie S, Mathieu E, Bankhead C, et al. Patient consultation rate and clinical and NHS outcomes: a cross-sectional analysis of English primary care data from 2.7 millions patients in 238 practices. BMC Health Serv Res 2019;19:219.

2 \*Sutcliffe D, Lester H, Hutton J, Stokes T. NICE and the Quality and Outcomes Framework (QOF) 2009-2011. Qual Prim Care 2012;20:47-55.

3 \*\*Kempner S, Brackmann M, Kobernik E, et al. The decline in attitudes toward physician-nurse collaboration from medical school to residency. J

Interprof Care 2019;1-7.

4 \*Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, et al. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2012;20:303-12.

5 Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, et al. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. Eval Health Prof 1999;22:208-20.

6 Lingard L, Reznick R, DeVito I, Espin S. Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room.

Med Educ 2002;36:728-34.

7 \*Martimianakis MA, Michalec B, Lam J, et al. Humanism, the Hidden Curriculum, and Educational Reform: A Scoping Review and Thematic Analysis. Acad Med 2015;90(Suppl.):S5-13.

8 \*\*Wranik WD, Price S, Haydt SM, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. Health Policy 2019;123:550-63.

9 Ma W-M, Zhang H, Wang N-L. Improving outpatient satisfaction by extending expected waiting time. BMC

Health Serv Res 2019;19:565.

10 Arkes H, Hirshleifer D, Jiang D, Lim S. A cross-cultural study of reference point adaptation: Evidence from China, Korea, and the US. Organ Behav Hum Decis Process 2010;112:99-111.

11 Tversky A, Kahneman D. Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty. J Risk Uncertain 1992;5:297-323.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Médecine psychosociale intensive au cabinet: quelques outils pratiques

Dr<sup>s</sup> SÉVERINE LUTHI<sup>a</sup>, SÉLIM BEN HASSEL<sup>b</sup>, ANNE-CHANTAL HÉRITIER BARRAS<sup>c</sup> et Pre JOHANNA SOMMER<sup>d</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1044-8

La crise psychosociale est un problème fréquent. Du fait de sa complexité et de sa nature variable, elle peut dépasser les ressources (administratives, communicationnelles) dont dispose le médecin de famille dans sa pratique quotidienne. Elle nécessite des outils spécifiques afin de prendre en charge le patient dans sa globalité et d'identifier les problématiques principales. Cet article détaille certains de ces outils, tels que la gestion du temps, la communication et le travail en réseau, qui permettent d'identifier les situations à risque et de prendre en charge ces patients complexes lors de la phase aiguë de la crise, mais également sur le long terme à travers une prise en charge souvent multidisciplinaire.

## Intensive psychosocial medicine in primary care: some practical tools

*The psychosocial crisis is a frequent problem. Because of its complexity and variable nature, it can exceed the resources (administrative, communication) available to the family doctor in his daily practice. It requires specific tools in order to take care of the patient as a whole and identify the main issues. This article details some of these tools such as time management, communication and networking, that allow the practitioner to identify risk situations and manage care for these complex patients during the acute phase of the crisis, as well as in the long term through an often multidisciplinary care.*

## INTRODUCTION

La crise psychosociale correspond à l'accumulation de situations difficiles dans la vie d'un patient ou à l'apparition d'un événement traumatique qui perturbe son fonctionnement au quotidien,<sup>1,2</sup> allant jusqu'à mettre parfois sa santé en danger, ou même celle de son entourage.

Cette réaction de crise est déclenchée par tout événement perçu comme dépassant ses capacités de gestion par les outils utilisés habituellement en cas de stress ou de changement dans l'environnement.<sup>1,2</sup> L'événement déclencheur peut être de nature variable (transition de vie, crise financière, découverte d'un nouveau diagnostic, proche aidant). La demande d'aide au médecin de famille se fait alors sous diverses formes,

par l'intermédiaire de plaintes psychiques (excès de stress, symptômes anxiodépressifs, dépendances) ou le plus souvent somatiques (douleurs, palpitations, etc.).<sup>1,3</sup> Une étude réalisée aux États-Unis en 2006 mentionne que les patients consultant pour des motifs sociaux sont décrits comme difficiles par les médecins.<sup>4</sup>

Dans la pratique quotidienne du médecin de famille, les problèmes psychosociaux sont fréquents. D'après l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), une très large majorité de médecins de famille déclarent représenter le premier contact pour leurs patients en cas de problèmes psychosociaux et 62% des patients disent que leur médecin de famille les soutient dans des problèmes personnels.<sup>5</sup> Dans cette même étude, on relève que 28% des médecins de famille sont en première ligne pour s'occuper des problèmes psychosociaux de leurs patients et que 56% d'entre eux ont élaboré des procédures pour répondre aux besoins spécifiques de ces problématiques.

Chez les jeunes adultes (15-24 ans), entre 2009 et 2010, 1% auraient consulté leur médecin avec comme raison principale un motif social.<sup>6</sup> Les conditions sociales (aisance familiale, environnement direct) peuvent avoir un impact sur le bien-être des adolescents; les jeunes en difficulté auraient tendance à se sentir en moins bonne santé et présenteraient des plaintes multiples plus fréquemment.<sup>7</sup>

L'objectif de cet article est de mettre en lumière l'intensité de la prise en charge non somatique de situations psychosociales au cabinet du médecin de famille et de donner quelques pistes de réflexion et outils pratiques dans ces situations souvent complexes.

## ACCUEIL DU PATIENT EN CRISE: ÉCOUTE ET EXPLORATION DES DIMENSIONS PSYCHOSOCIALES

### Vignette clinique n° 1

Mandy, une jeune fille de 16 ans en bonne santé habituelle, se présente au cabinet, accompagnée de sa mère (restée en salle d'attente).

Elle se plaint de vertiges, douleurs rétrosternales avec palpitations, nausées et fatigue depuis plusieurs jours mais en péjoration depuis la fin d'après-midi.

Les examens cliniques et paracliniques sont normaux et ses symptômes semblent liés au stress.

<sup>a</sup>Service de médecine générale, Clinique et permanence d'Onex, Route de Chancy 98, 1213 Onex, <sup>b</sup>Service de pédiatrie, Clinique et permanence d'Onex, Route de Chancy 98, 1213 Onex, <sup>c</sup>Programme handicap, Direction médicale et qualité, HUG, 1211 Genève 14, <sup>d</sup>Unité des internistes généralistes et pédiatres, Faculté de médecine de Genève, Rue Michel-Servet 1, 1206 Genève severine.luthi@hin.ch | selim.benhassel@cpo.ch anne-chantal.heritierbarras@hcuge.ch | johanna.sommer@unige.ch

Le modèle biopsychosocial permet de définir une ou plusieurs hypothèses diagnostiques et d'élaborer avec le patient un plan de traitement, en tenant compte de son contexte de vie. Néanmoins, l'axe psychosocial est souvent considéré comme une entité à part entière en lieu et place de l'intégrer dans chaque élément de la consultation.<sup>8</sup>

Lors d'une situation de crise, les «priorités et ressources de la personne malade et de son environnement»<sup>9</sup> sont au premier plan, provoquant une «inversion» des priorités, obligeant le médecin à repenser sa façon de fonctionner. L'élément somatique (biomédical) doit être mis au second plan pour investiguer rapidement le contexte psychosocial du patient afin de ne pas s'égarer dans des consultations et examens complémentaires longs et coûteux avant d'avoir réellement compris la problématique aiguë.

Ainsi, pour mieux explorer le contexte psychosocial, le médecin doit adopter une approche communicationnelle centrée sur l'écoute et la reformulation, qui offriront au patient l'espace nécessaire pour exprimer ses réels problèmes, sans honte ou crainte du jugement. Se mettre en mode «écoute» nécessite donc des outils de communication particuliers ainsi que du temps ! Il n'est pas toujours aisé de s'autoriser ce changement de paradigme lors d'une journée de consultation chargée, rythmée par le tarif LAMal.

Pourtant, la validation des émotions et le fait de les nommer peut aider le patient à se sentir plus sûr de lui et mieux compris.<sup>10</sup> Savoir reconnaître et nommer ses propres émotions peut également aider à ne pas se laisser envahir par la situation.<sup>4</sup>

La participation à des formations complémentaires (par exemple en médecine psychosomatique et psychosociale)<sup>11</sup> ou la lecture d'ouvrages sur la communication<sup>12,13</sup> peuvent apporter une aide pratique au médecin de famille.

### Vignette clinique n° 1 (suite)

Mandy accepte de parler de sa situation familiale mais fond en larmes après quelques phrases: elle évoque un climat tendu, avec des insultes fréquentes entre ses parents et elle, sans violences physiques. Elle trouve du réconfort auprès de ses amies, n'a pas de petit(e) ami(e) et n'a pas de comportement à risque hormis un tabagisme actif. Elle a une bonne relation avec une infirmière scolaire qu'elle a vue à plusieurs reprises pour ses palpitations et malaises, et qui a su détecter sa détresse.

La mère, interrogée en l'absence de sa fille (avec son accord), confirme la situation. Elle s'inquiète de l'absentéisme scolaire fréquent de Mandy, ponctué de visites médicales dans différents centres d'urgences, toujours pour les mêmes symptômes. Elle vous semble épuisée par la situation et décrit sa fille comme irresponsable.

Une fois que cette première phase d'écoute a eu lieu, il s'agira d'estimer le degré d'urgence de la situation en s'appuyant sur une évaluation de la sévérité du problème et de ses répercussions sur le patient.<sup>12</sup> Pour ce faire, il s'agit de déterminer son

| TABLEAU 1  |  | Points clés de l'entretien lors d'une crise psychosociale |
|--|--|---|
| Points clés  | Illustration sur la base de la vignette n° 1   |   |
| Explorer les <b>facteurs précipitant</b> la crise  | Ici la mauvaise relation et les conflits entre Mandy et ses parents sont clairement un facteur précipitant la crise, elle ne souhaite pas retourner chez elle dans la situation actuelle |   |
| Explorer l' <b>utilisation de substances</b> pouvant interférer avec les aptitudes du patient à réagir et à participer au suivi  | Mandy ne rapporte pas d'utilisation de substances  |   |
| Identifier un <b>trouble psychiatrique</b> sous-jacent et évaluer en particulier le risque suicidaire ou l'intention de blesser autrui   | Mandy dit avoir pensé vouloir mourir mais sans avoir fait de projet précis   |   |
| Explorer les <b>ressources à disposition</b> : voir sur qui peut s'appuyer le patient, si des proches ou des amis peuvent lui venir en aide, ou une personne de son environnement scolaire/professionnel | Mandy a de très bons liens avec des amies de l'école, ainsi qu'avec une infirmière scolaire  |   |

état mental, physique et émotionnel, en portant une attention particulière à l'apparence et au discours du patient (structuré ou désordonné, évocateur de la gravité) (tableau 1).

La sécurité immédiate du patient et de son entourage doit être une priorité du médecin, en mettant à contribution les proches ou le réseau de soins si nécessaire. Le recours à une hospitalisation (volontaire ou non) doit être envisagé dans les situations les plus sérieuses.

### Vignette clinique n° 1 (suite et fin)

Vous décidez avec la patiente et sa mère de faire admettre Mandy dans une unité de crise ambulatoire pour adolescents. Avec son accord, vous prenez contact avec l'infirmière scolaire pour organiser la suite de la scolarité depuis le centre de crise.

## TECHNIQUES D'ENTRETIEN ET POINTS CLÉS LORS D'UNE CONSULTATION DE CRISE

### Vignette clinique n° 2

Une patiente de 50 ans en bonne santé habituelle se présente au cabinet pour une première consultation. Elle demande un certificat d'arrêt de travail, exigé par son employeur au vu de nombreuses heures d'absence non justifiées. Son passé médical est peu fourni, avec un check-up sans particularités chez son ancien médecin de famille il y a 5 ans. Le suivi avait été interrompu par la patiente après de nombreux rendez-vous manqués.

À l'anamnèse, elle décrit un stress professionnel intense, une pression hiérarchique et peu de soutien de la part de ses collègues. Elle apprécie son travail dans la vente (qu'elle

effectue depuis près de 20 ans) mais évoque une certaine lassitude.

Elle ne boit pas d'alcool, fume occasionnellement, et admet consommer régulièrement du cannabis le soir ainsi que le week-end. Vous notez un isolement social important et une certaine négligence de soi sur le plan physique.

S'il n'est généralement pas possible de gérer en tant que médecin l'élément déclencheur de la crise, il existe de multiples outils afin d'aider le patient à gérer la réponse au stress ressenti. La publication de Kavan et coll.<sup>1</sup> nous donne des pistes intéressantes pour gérer la situation de crise comme celle de notre patiente (**tableau 2**).

L'élaboration d'un plan d'action diminue le stress ressenti<sup>2</sup> et met en lumière les ressources à disposition. La mise par écrit peut augmenter le sentiment de contrôle de la situation. Dans l'exploration des ressources, il s'agit de se reposer sur les succès déjà obtenus dans des crises précédentes et de les valider.

Une étude danoise réalisée en 2019 a démontré que «même les patients vulnérables socialement et psychiquement peuvent avoir un certain niveau de confiance en soi si le médecin traitant respecte leurs souhaits et se focalise sur leurs buts».<sup>14</sup> À l'inverse, une mauvaise compréhension des représentations et habitudes du patient peut mener à la réduction des possibilités à gérer lui-même son problème.<sup>15</sup> Il faudra donc que le patient lui-même propose ses solutions; nous pouvons l'amener à trouver ces réponses au travers des questions ouvertes: «Que pensez-vous pouvoir faire maintenant?», «Une fois rentré chez vous, comment allez-vous organiser votre temps?».

Le médecin doit également connaître ses limites et les exposer clairement au patient lors de la planification des objectifs

| <b>TABLEAU 2</b>   |  | <b>Éléments clés lors d'une consultation de crise</b> |
|--|--|---|
| <b>Stratégies</b>  | <b>Illustration sur la base de la vignette n° 2</b>  |   |
| <b>Identifier les pièges:</b> utilisation de substances, retrait de la situation, catastrophisme, accumulation de pensées négatives  | Cette patiente consomme du cannabis et vous semble seule   |   |
| En l'absence de situations à risque (abus de multiples substances, antécédents de tentamen...), l'introduction d'une <b>médication à court terme</b> peut s'avérer utile (benzodiazépines, sédatifs) | La prescription d'une phytothérapie sans risque d'addiction pourrait permettre une transition douce et baisser la consommation de cannabis, utilisé visiblement pour combler l'isolement et l'aider à trouver le sommeil |   |
| Si maîtrisées par le médecin, des <b>techniques d'autoréassurance/de respiration</b> peuvent être enseignées au patient  |  |   |
| Déterminer et se mettre d'accord en résumant avec le patient des <b>tâches à exécuter jusqu'au prochain rendez-vous</b> , à organiser rapidement, de préférence chez le médecin traitant             | Proposer à la patiente de briser l'isolement en trouvant une personne de confiance ou en rejoignant un groupe partageant les mêmes intérêts qu'elle (sport/activité créatrice)   |   |

(Adapté de réf. 1)

pour les consultations suivantes. En fonction de la sévérité de la situation, le patient pourra être directement référé à un centre spécialisé ou à un thérapeute externe. Les problématiques psychiatriques sont souvent les plus intriquées, mais ne nécessitent pas toutes l'intervention rapide d'un psychiatre, qui, dans le cas d'une crise «purement» psychosociale, peut s'avérer contre-productive,<sup>16</sup> d'où la nécessité de bien cerner la problématique amenant le patient à consulter.

### Vignette clinique n° 2 (suite et fin)

Après vous être assuré que la patiente n'était pas sous l'emprise aiguë de substances et avoir validé l'absence de risque suicidaire, vous convenez avec elle que vous réaliserez le certificat médical et exprimez clairement les limites, entre autres légales, de la prescription de certificats rétrospectifs. Vous organisez un entretien plus détaillé la semaine suivante et proposez de rester à disposition en cas d'urgence (y compris les coordonnées de confrères disponibles en cas d'absence). Dans un deuxième temps, un addictologue pourrait également intervenir. Le plus important ici étant de créer un climat de confiance dans lequel la patiente pourra prendre conscience de sa situation et des risques encourus pour sa santé physique mais également psychique.

## RESSOURCES EXTERNES À DISPOSITION

### Rôle de l'interprofessionnalité

### Vignette clinique n° 3

Vous recevez Marc, un de vos patients de longue date, accompagné de son père, inquiet et épuisé en raison de troubles du comportement nocturnes en péjoration. Marc a 40 ans et est connu pour un syndrome génétique rare qui engendre des troubles musculaires, de la communication et du comportement. Il vit chez ses parents et participe à des ateliers 3 jours sur 7 dans un foyer. Les parents ont toujours refusé le placement en institution, la mère ayant interrompu son activité professionnelle à la naissance. Son père est retraité depuis peu, avec une répercussion sur les finances familiales.

Le risque d'une surmédicalisation est grand lors d'une consultation de crise, éloignant le binôme médecin-patient du problème réel en se focalisant sur les symptômes. Le temps nécessaire à une telle consultation est également plus long et nécessite souvent plusieurs rendez-vous pour un même problème. Il est difficile pour un médecin de famille d'être formé à chaque problématique sociale/administrative. La collaboration avec des équipes spécialisées et l'organisation de réunions de réseau peuvent être d'un grand secours et aider le médecin à se sentir moins isolé.<sup>4,9</sup> D'après Perone et coll., «Si le malade complexe est difficile à prendre en charge, c'est parce que son profil et ses besoins requièrent des compétences larges et diverses, tant dans le domaine de la santé physique que sur le plan psychosocial et environnemental.



La valeur ajoutée d'une prise en charge en équipe ne vient pas seulement de son plus grand champ d'expertise, comme cumul des compétences individuelles, mais du fait de la mise en commun de ces compétences».<sup>9</sup>

Chaque canton dispose de structures spécialisées regroupant des travailleurs sociaux et des psychologues qui peuvent venir en aide au patient lors de situations de crise, bénévolement ou non. Le planning familial, les associations de proches aidants, la Croix-Rouge suisse, ou encore le Centre genevois de consultation pour victimes d'infractions (LAVI), qui propose un soutien psychologique et administratif aux victimes.<sup>17</sup>

Les réunions de réseau, souvent coordonnées par le médecin de famille, regroupent autour du patient plusieurs professionnels, de santé ou non, à raison de 1 à 4 séances par an en général. Il peut être utile de convier les proches (en particulier si le patient présente une déficience intellectuelle, une perte d'autonomie progressive ou s'il est incapable de discernement), ainsi que le curateur de soins. Faire appel à une infirmière spécialisée apporte un regard à la fois médical et social précieux. À Genève par exemple, deux binômes médico-infirmiers spécialisés dans le handicap permettent d'apporter un regard critique lors de situations complexes.

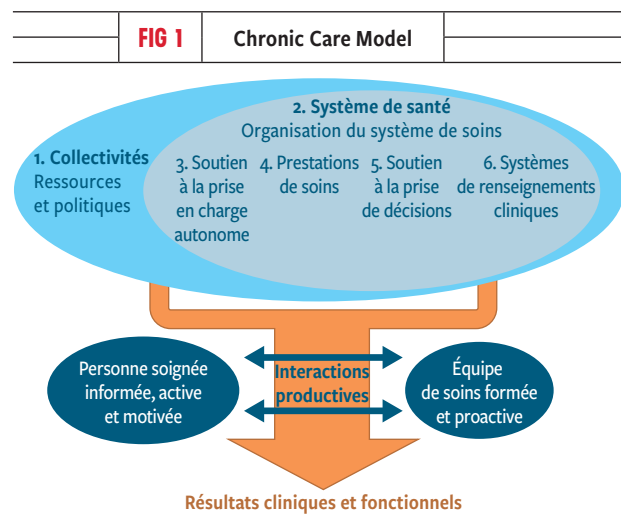
Les problématiques principales seront alors dégagées, avec une mise en lumière des facteurs aggravants ou déclenchants de la crise actuelle, permettant l'élaboration d'une stratégie commune de prise en charge qui inclue les volontés et représentations du patient. Une réévaluation régulière des objectifs sera ensuite mise sur pied à raison de 1 à 4 fois par an, permettant dans la mesure du possible de prévenir l'apparition d'une nouvelle crise. La réussite de la prise en charge ne pèse plus sur le médecin seul mais sur chaque acteur, y compris le patient.<sup>9</sup>

### Implications du *Chronic Care Model*

En dehors des réseaux de soins, un suivi plus rapproché peut s'avérer précieux. Le *Chronic Care Model*, développé aux États-Unis et déjà utilisé par plusieurs pays, apparaît comme une des pistes de travail permettant une amélioration de la qualité des soins aux malades chroniques, en faisant collaborer plusieurs acteurs de la santé afin d'éviter l'apparition de situations aiguës.<sup>18</sup> Lors d'une crise psychosociale, il permettrait une meilleure gestion de la situation, en anticipant les besoins en cas de problématique aiguë, où les acteurs cités précédemment seraient déjà en collaboration ou seraient amenés à travailler ensemble en fonction de l'évolution des situations.

Ce modèle de soins est basé sur une prise en charge multidisciplinaire à travers six piliers principaux (ressources et politiques de la communauté, système de santé, autogestion des patients, partage du travail entre professionnels, soutien à la prise de décision et systèmes de renseignements cliniques), allant bien au-delà des acteurs traditionnels (médecin-infirmier-assistant social) (figure 1).

Ce travail collectif permet de développer des protocoles de soins et de suivi spécifiques pour chaque patient atteint d'une maladie chronique. Son utilisation au quotidien a déjà fait ses preuves, permettant une meilleure adhésion des patients aux



(Adapté de réf. 9)

soins avec de meilleurs résultats thérapeutiques que lors d'une prise en charge «traditionnelle», au prix d'efforts importants de collaboration entre professionnels et avec l'appui des politiques de santé.<sup>18</sup>

### Vignette clinique n° 3 (suite et fin)

L'examen clinique et l'attitude du patient ne présentent pas d'élément particulier. Vous avez exclu une origine somatique. Les parents ont tenté diverses approches (médicamenteuses et comportementales) mais aucune n'a permis une amélioration, et une augmentation de la médication paraît inadaptée au vu du risque d'effets secondaires. Vous organisez une réunion de réseau 15 jours plus tard avec votre patient, ses parents, son référent du foyer et contactez une assistante sociale. Marc semble apprécier les activités proposées au foyer et les parents acceptent de le laisser participer plus régulièrement, soit 5 jours sur 7.

Après quelques semaines, vous revoyez Marc et ses parents. Ils semblent plus détendus. Les activités proposées permettent à Marc d'avoir plus d'interactions au quotidien et il dort mieux. L'assistante sociale, appuyée par une infirmière spécialisée, a pu organiser un camp de vacances d'une semaine par année qui aura lieu quelques mois plus tard. L'assurance-invalidité a également été contactée afin d'évaluer les possibilités de prise en charge et d'une adaptation du fauteuil roulant.

Vous convenez d'une réévaluation tous les 6 mois afin de vérifier les besoins de Marc et de ses parents.

### CONCLUSION

S'entourer, se donner du temps, ne pas «psychiatriser» toutes les situations, savoir distinguer un problème psychosocial d'un problème (psycho)somatique malgré leur intrication

dans la majorité des situations, sont autant de pistes de travail lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient en crise psychosociale.

Le temps d'écoute peut paraître important, mais il permet de gagner par la suite un temps certain en réduisant les malentendus et les erreurs d'orientation. Il existe des aides pour le médecin de famille afin de mieux appréhender ces consultations complexes et intenses. De nombreux autres outils non détaillés ici existent. Le développement en Suisse de systèmes proches du *Chronic Care Model* pourrait apporter un soutien important mais nécessite une implication politique et financière conséquente. Le temps, le manque d'informations pour le médecin de famille ainsi que la variabilité des situations peuvent être des freins à la prise en charge de ces patients, pour lesquels il ne faut pas hésiter à s'associer à d'autres professionnels.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- La crise psychosociale nécessite des outils spécifiques afin de prendre en charge le patient dans sa globalité et identifier les problématiques principales, souvent éloignées des plaintes somatiques
- Le médecin doit identifier les situations à risque ou nécessitant une intervention spécialisée urgente, voire une hospitalisation
- Le temps, la communication et le travail en réseau sont les principales ressources utiles au médecin de famille

1 \*\*Kavan MG, Guck TP, Barone EJ. A practical guide to crisis management. *Am Fam Physician* 2006;74:1159-66.

2 Henderson R. Crisis intervention. *Paatient.info* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://patient.info/doctor/crisis-intervention>.

3 Dücker MLA, Yzermans CJ, Jong W, Boin A. Psychosocial Crisis Management: The Unexplored Intersection of Crisis Leadership and Psychosocial Support. *Risk, Hazards Cris Public Policy* 2017;8:94-112.

4 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med* 2006;19:533-41.

5 Senn N, Ebert ST, Cohidon C. La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary

Care Active Monitoring) (Obsan Dossier 55). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2016.

6 Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. *BMC Fam Pract* [En ligne]. 2015;16:1-9. Disponible sur : [dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0375-x](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0375-x)

7 Meynard A, Narring F. Perdre du temps... pour en gagner. *Rev Med Suisse* 2014;10:1287-91.

8 \* Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse* 2010;6:1511-3.

9 \*\*Perone N, Fillietaz SS, Budan F, Schaller P, Balavoine JF, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité.

Santé publique 2015;27:577-86.

10 Loeb P. Émotions – ou comment je gère les sentiments (intenses). *Primary-Care* 2014;14:185.

11 Médecine psychosomatique et psycho-sociale (ASMPP). 2004;1-8. Disponible sur : [www.siwf.ch/files/pdf19/psychosomatische\\_medizin\\_f.pdf](http://www.siwf.ch/files/pdf19/psychosomatische_medizin_f.pdf)

12 Bally K, Berchtold-Ledergerber V, Hofer G, et al. La communication dans la médecine au quotidien. Bâle: ASSM; 2013.

13 \*Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène/RMS Éditions; 2010.

14 Freund KS, Guassora AD, Hegelund T, Hvas L, Lous J. Resources in vulnerable young adults: self-assessments during preventive consultation with their general practitioner in Denmark. *Health Promot Int* 2019;10.1093/heapro/daz114 (sous

presse).

15 Jacquot C, Di Patrizio P, Guillemin F, Gerard A. Réflexions sur certains aspects de la médecine générale à partir de constats sur l'humanitaire. *Rev Med Suisse* 2011;7:1769-75.

16 Rollini C. Dispositifs d'urgence et de garde : le rôle du psychiatre. *Rev Med Suisse* 2016;12:1823-5.

17 [centrelavi-ge.ch](http://centrelavi-ge.ch)

18 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *J Am Med Assoc* 2002;288:1909-14.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Cobénéfices de la promotion de la santé sur le réchauffement climatique

## L'exemple de l'alimentation et de la mobilité

Dre HÉLÈNE DELORME<sup>a</sup>, JULIA GONZALEZ HOLGUERA<sup>b</sup>, NELLY NIWA<sup>b</sup>, CLAUDINE BACKES<sup>c</sup> et Pr NICOLAS SENN<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1049-55

Le réchauffement climatique est considéré par la majorité du monde scientifique comme une des plus grandes menaces de santé publique du 21<sup>e</sup> siècle. Certains comportements individuels et modes de consommation ayant trait aux secteurs de l'alimentation et de la mobilité sont à l'origine d'une quantité élevée d'émissions de gaz carbonique (CO<sub>2</sub>), principal gaz à effet de serre. Ainsi, certains messages transmis par les professionnels qui œuvrent pour la promotion de la santé auront un impact sur la lutte contre l'épidémie de maladies chroniques liées au style de vie, mais auront également un cobénéfice environnemental. Dans une population de plus en plus sensibilisée aux enjeux écologiques actuels, les considérations environnementales pourraient être un facteur motivationnel supplémentaire chez les patients pour l'adoption d'un régime alimentaire plus sain ou d'une activité physique plus soutenue.

### Co-benefits of health promotion on global warming – The example of food and mobility

*Global warming is considered by most scientists as one of the greatest public health threats of the 21st century. Some individual behaviours and consumption habits related to the food and mobility sectors are responsible for a high amount of CO<sub>2</sub> emissions, the main greenhouse gas. Thus, some messages promoted by health professionals will have an impact on the fight against the epidemic of lifestyle-related chronic diseases but will also have an environmental co-benefit. With a population increasingly aware of current environmental issues, environmental considerations could be an additional motivating factor for patients when promoting a healthier diet or physical activity.*

## INTRODUCTION

Les systèmes de santé font face depuis quelques décennies à l'augmentation des maladies chroniques, principale cause de décès dans le monde. En Suisse, le rapport national sur la santé estimait en 2015 que 2,2 millions de personnes, soit plus d'un quart de la population, souffraient d'une maladie non transmissible et que ces pathologies étaient responsables d'un

peu plus de 60% des décès.<sup>1</sup> On peut relever également que la pandémie de coronavirus que nous vivons actuellement, bien que d'origine infectieuse, est associée à un taux de létalité plus élevé chez les patients souffrant de maladies chroniques préexistantes.<sup>2</sup> Or ces maladies sont fortement liées à notre mode de vie, avec trois facteurs de risque particulièrement importants: les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique et le tabagisme.

Parallèlement à cela, le réchauffement climatique est annoncé par certains experts comme la plus grande menace en termes de santé publique pour le 21<sup>e</sup> siècle.<sup>3</sup> Avant l'arrivée du *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoyait près de 250 000 décès supplémentaires par an entre 2030 et 2050 dus à la malnutrition, au paludisme, aux diarrhées infectieuses et au stress liés à la chaleur résultant du changement climatique. Cela est sans compter les quelque 3 millions de décès prématurés par année liés à la pollution de l'air ambiant.<sup>4</sup> Le réchauffement climatique, principalement médié par l'émission de gaz à effet de serre, influence la santé humaine de plusieurs façons, par exemple en exposant les populations vulnérables à des conditions météorologiques extrêmes, en changeant l'épidémiologie des maladies infectieuses ou en compromettant la sécurité alimentaire et l'accès à l'eau potable.<sup>5</sup> Cela est illustré dans la **figure 1**. Le corollaire est d'œuvrer pour que la réduction des émissions de gaz à effet de serre, et essentiellement de gaz carbonique (CO<sub>2</sub>), ait non seulement un impact favorable sur le climat mais également sur la santé de la population.

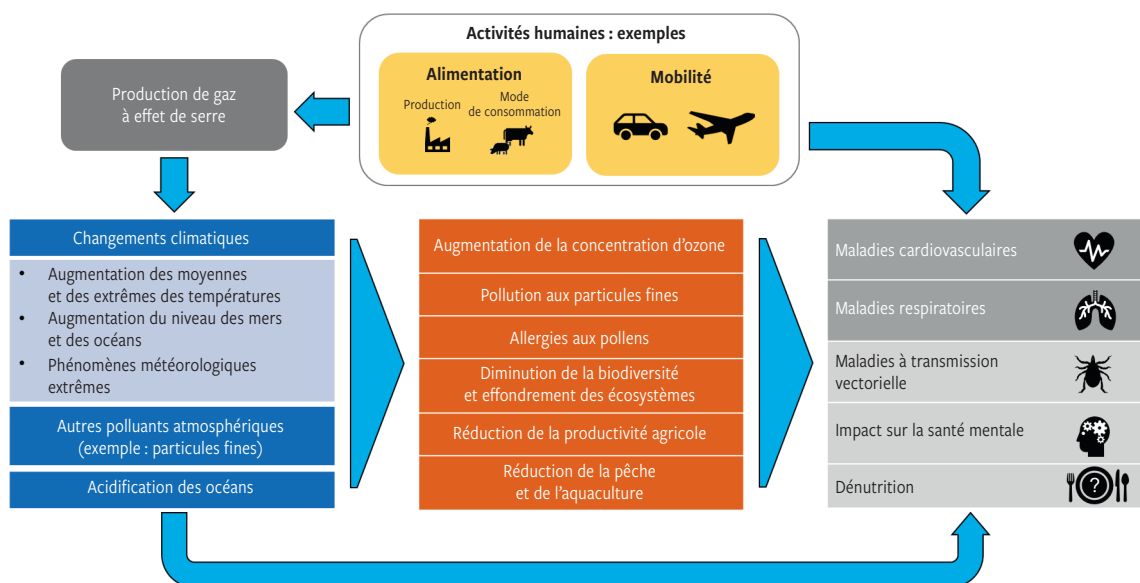
Sur le plan de la santé, la lutte contre l'épidémie des maladies chroniques liées au mode de vie et la protection de la population face aux expositions et comportements à risque (sédentarité, malnutrition, tabagisme, etc.) font partie, à travers la prévention, des missions du médecin de famille. De la même manière, le réchauffement climatique apparaissant comme une menace pour la santé des patients et de la population en général, certains experts et sociétés savantes médicales estiment que la lutte contre celui-ci devrait également être mise au centre des préoccupations des professionnels de la santé.<sup>6,7</sup>

Dans cet article, nous nous penchons sur quelques aspects particuliers, à savoir les conseils prodigués en matière de prévention/promotion de la santé au cabinet de médecine générale pour lesquels un cobénéfice existe à la fois sur la santé individuelle et sur les émissions de CO<sub>2</sub>. Nous supposons que la durabilité et les considérations environnementales

<sup>a</sup>Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisante), Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Centre interdisciplinaire de la durabilité, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, <sup>c</sup>Département santé au travail et environnement (DSTE), Route de la Corniche 2, 1066 Épalinges-Lausanne  
helene.delorme@unisante.ch | julia.gonzalezholguera@unil.ch  
nelly.niwa@unil.ch | claudine.backes@unisante.ch | nicolas.senn@unisante.ch

**FIG 1** Lien entre activités humaines, changement climatique et santé

L'exemple de l'alimentation et de la mobilité



(Adapté de réf.5)

pourraient être un facteur motivationnel important chez les patients pour l'adoption d'un régime alimentaire plus sain ou d'une activité physique plus soutenue. Il paraît donc utile que les soignants aient des notions sur l'impact écologique de certains comportements individuels et modes de consommation dans les secteurs de l'alimentation et de la mobilité.

## BREF CONTEXTE ÉCOLOGIQUE

La production de gaz à effet de serre est la cause principale du changement climatique. Le principal gaz à effet de serre produit par l'activité humaine est le CO<sub>2</sub>, qui provient essentiellement de la combustion des énergies fossiles (pétrole, charbon, gaz).

Au niveau politique, la communauté internationale se mobilise et un premier traité universel sur le réchauffement climatique, l'Accord de Paris sur le climat, est entré en vigueur en 2016. Il engage les États signataires à réduire leurs émissions de gaz à effet de serre, avec pour objectif de « contenir l'élévation de la température moyenne de la planète nettement en dessous de 2 °C par rapport aux niveaux préindustriels ».<sup>8</sup>

Selon un rapport du Conseil fédéral de 2018, chaque personne en Suisse émet en moyenne 14 tonnes d'équivalent CO<sub>2</sub> par année, alors que le seuil fixé pour tenir les objectifs de l'Accord de Paris sur le climat se situerait à 0,6 tonne par personne par année.<sup>9</sup> Les secteurs à l'origine de la majorité des émissions de gaz à effet de serre sur le territoire suisse sont celui des transports (principalement lié à la consommation de carburants, et cela sans compter le transport aérien), qui représente un tiers des émissions, et celui du bâtiment (chauffage et électricité consommés par les ménages), qui en représente un quart.<sup>9</sup> L'activité agricole produit, quant à elle, environ 13% des rejets.<sup>10</sup>

Nous avons décidé d'axer cet article sur l'alimentation et la mobilité au vu de leur impact écologique majeur, et de ne pas aborder d'autres aspects tels que la consommation de tabac, pour lequel on peut également relever un cobénéfice santé-environnement clair,<sup>11</sup> mais qui a un impact écologique plus modeste.

## LES CONCEPTS DE COBÉNÉFICES SANTÉ-ENVIRONNEMENT

Il existe de nombreuses interconnexions entre le réchauffement climatique, qui est principalement médié par la production de gaz à effet de serre, et notre santé. Un individu peut mettre en place plusieurs changements dans son mode de vie, dans le but d'améliorer sa santé mentale et physique, qui auront également un impact positif sur ses émissions de CO<sub>2</sub>, et donc un cobénéfice sur l'environnement. Parmi ces changements, on retrouve principalement en pratique clinique les choix suivants : préférer des aliments sains et à faible impact écologique, se déplacer avec des modes de transport actifs comme le vélo ou la marche et, dans une moindre mesure, avoir un accès à des espaces verts.<sup>6</sup>

## ALIMENTATION

Le système de production et de consommation alimentaire est responsable de 19 à 29% des émissions globales de gaz à effet de serre.<sup>12,13</sup> La production agricole est à l'origine d'environ 80% de ces émissions.<sup>12</sup> Le secteur de la préproduction, avec par exemple la fabrication d'engrais, et celui de la post-production – qui comprend entre autres le traitement des denrées alimentaires, l'emballage, la réfrigération, le transport, la vente, la gestion domestique des aliments et la gestion des déchets – constituent le reste de ces émissions.<sup>12,14</sup>

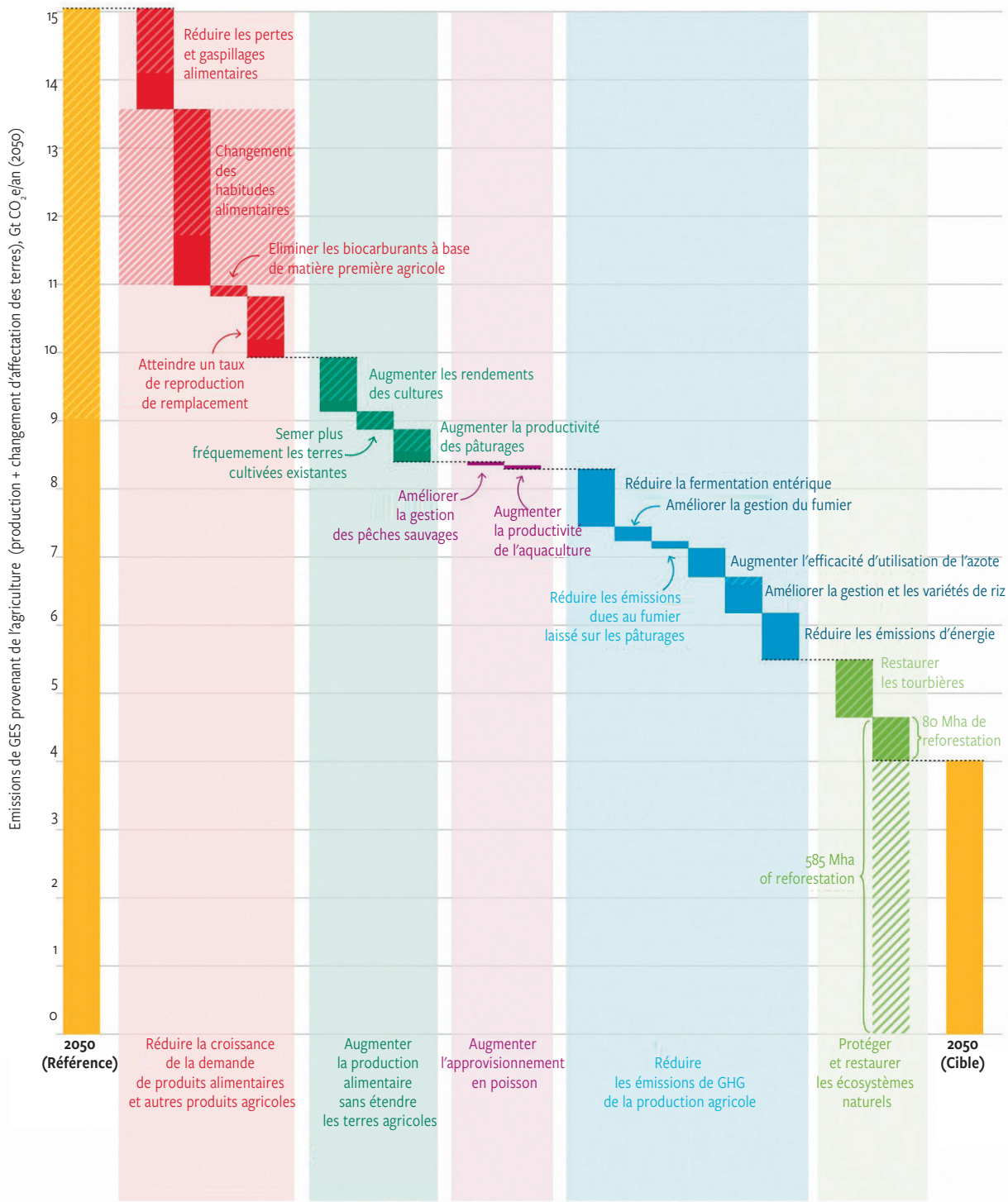
## Changement des habitudes alimentaires

Un rapport du World Resources Institute (WRI) estime que pour atteindre les objectifs de l'Accord de Paris sur le climat, les émissions totales de CO<sub>2</sub> liées aux activités agricoles devraient diminuer drastiquement, soit passer des 15 gigatonnes

prédites par les scénarios actuels pour l'année 2050, à 4 gigatonnes. Selon ce rapport, seule une combinaison de changements majeurs dans le secteur alimentaire nous permettrait d'atteindre ces objectifs tout en continuant à nourrir la population mondiale, estimée à 10 milliards pour 2050. Cela est illustré dans la **figure 2**. Certains de ces changements ont trait

**FIG 2** Changement des habitudes alimentaires et réduction des émissions de CO<sub>2</sub> liées à l'agriculture

GES: gaz à effet de serre; Gt CO<sub>2</sub>e/an: Gigatonnes de CO<sub>2</sub> émises par année



(Adapté de ref.13)

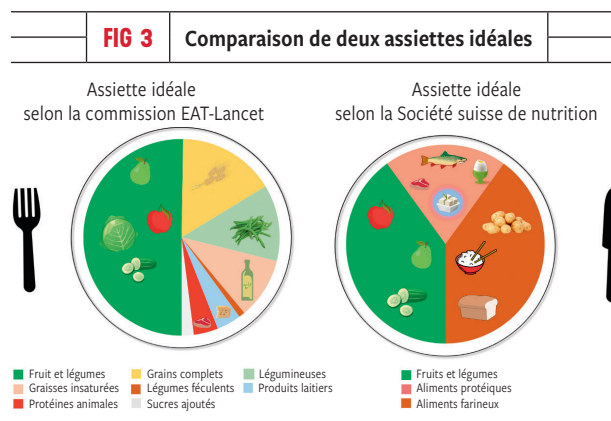
à la production et à la distribution des aliments et requerraient des avancées technologiques majeures (augmentation de la productivité des cultures, réduction des gaspillages alimentaires et des emballages, choix de filières de production locales, etc.), d'autres ont traité la reforestation. Cependant, il est intéressant de constater que dans cette projection le changement des habitudes alimentaires tient une place essentielle parmi toutes les mesures nécessaires à mettre en place.

Ainsi, nos choix en matière d'alimentation influencent non seulement notre santé mais aussi le climat et les ressources naturelles.<sup>7</sup> La littérature montre que les régimes alimentaires qui auraient possiblement les plus grands bénéfices santé-environnement privilégient une augmentation de la proportion d'aliments à base de plantes (fruits, légumes, légumineuses, grains entiers/céréales entières, noix) et une diminution de la viande rouge, principalement celle de bœuf, et des autres produits d'origine animale.<sup>7,12-15</sup>

Du point de vue environnemental, cela repose sur le fait que les denrées alimentaires d'origine animale (œufs, fromage, viande blanche, viande rouge, etc.) génèrent une importante empreinte écologique, entre autres de par la production de gaz à effet de serre, l'utilisation de terres fertiles et la consommation en eau qu'elles nécessitent.<sup>7</sup> Parmi elles, la viande de ruminants (bœuf, brebis, chèvre) représente à elle seule la moitié des émissions de gaz à effet de serre provenant de la production des denrées alimentaires.<sup>13</sup>

Du point de vue de la santé, des études ont montré que la consommation de viande rouge et surtout de viande rouge transformée (charcuterie, saucisses, etc.), était associée à un risque plus élevé de décès par maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2.<sup>16-18</sup> De plus, les deux plus grandes études prospectives existantes sur les régimes végétariens montrent que la morbidité et la mortalité liées aux maladies chroniques sont plus basses chez les personnes qui adoptent un tel régime alimentaire que chez les omnivores.<sup>19</sup>

Selon la commission EAT-Lancet, composée d'experts mondiaux sur le sujet, les changements d'habitudes alimentaires nécessaires correspondraient dans les pays développés à doubler la consommation d'aliments sains tels que les fruits, légumes, légumineuses et noix, et à réduire de plus de la moitié la consommation de viande rouge. Cette commission a établi, sur la base des preuves scientifiques existantes, ce que devrait être un régime alimentaire sain et compatible avec une production alimentaire durable et l'a illustré avec une « assiette idéale » (figure 3). Il est intéressant de noter que la prise en compte des considérations environnementales induit un changement dans les habitudes et les recommandations alimentaires. Par exemple, ce qui est considéré comme une assiette saine selon les sociétés de nutrition peut différer sur certains points de ce qui est considéré comme sain et durable par le Lancet. Pour illustrer ces distinctions, la figure 3 reproduit à côté de l'assiette idéale de la commission EAT-Lancet celle de la Société suisse de nutrition (SSN). La différence la plus notable concerne la réduction de la part de protéines d'origine animale dans l'assiette du EAT-Lancet. Les produits laitiers sont par exemple optionnels pour le Lancet, alors que la SSN en recommande 3 portions par jour.



En plus d'un apport calorique approprié, l'assiette idéale selon le EAT-Lancet doit avoir les caractéristiques suivantes: se composer principalement de produits variés d'origine végétale, y compris en ce qui concerne l'apport en protéines; la consommation de poissons ne devrait pas excéder 3 portions par semaine et la consommation de poulet, œufs et viande rouge doit être optionnelle et modérée, tout comme celle de produits laitiers; les hydrates de carbone devraient provenir principalement de grains entiers avec une quantité limitée de céréales raffinées; le sucre doit représenter moins de 5% des apports énergétiques; il est conseillé de réduire au minimum les apports en graisses saturées et les aliments hautement transformés.

### Changement des modes de transport et de production

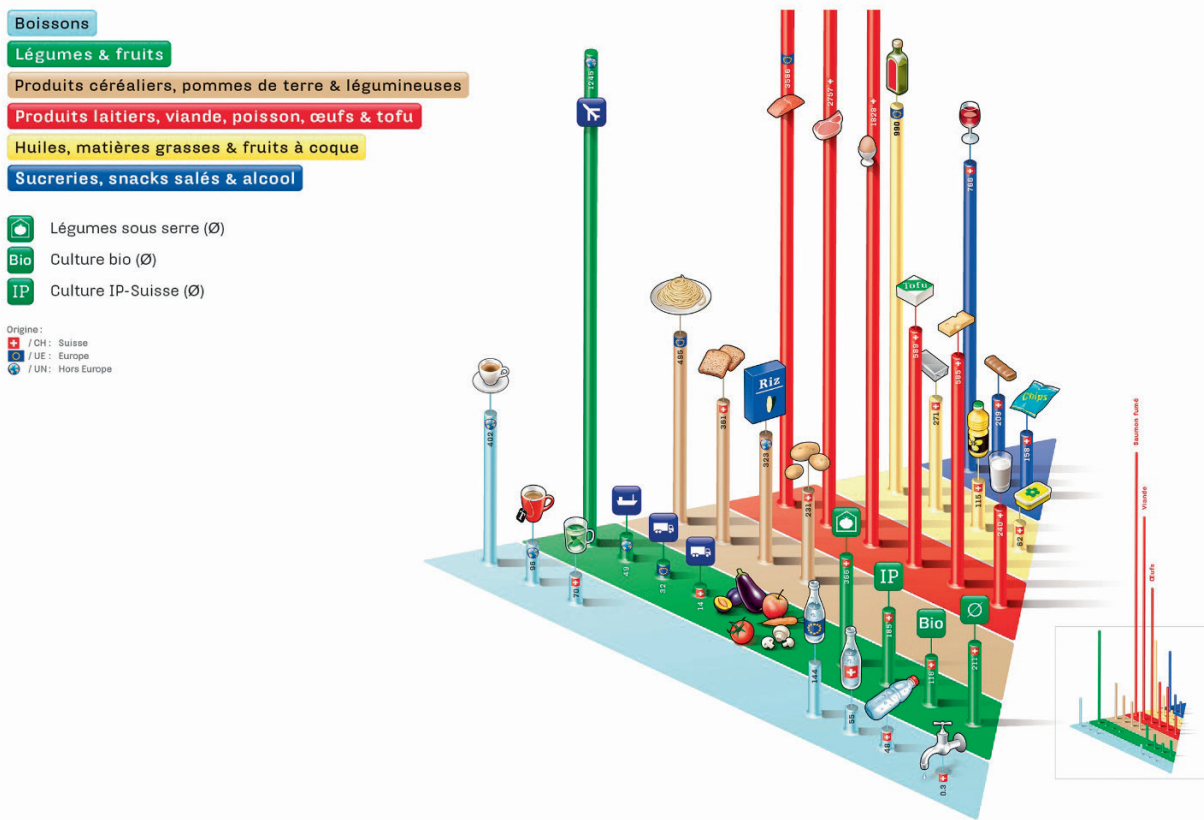
Le mode de transport d'un aliment est également essentiel pour déterminer son impact écologique. Par exemple, le transport en avion de 1 kg de denrée alimentaire produit jusqu'à 100 fois plus d'émissions de gaz à effet de serre que l'acheminement en bateau.<sup>20</sup> En Suisse, 1 kg d'asperges vertes produites et consommées dans le pays est responsable de l'émission de 1 kg de CO<sub>2</sub>. La même quantité d'asperges vertes équivaut à 1,5 kg de CO<sub>2</sub> si elle est importée d'Espagne par camion ou à 15 kg de CO<sub>2</sub> si elle est importée par avion du Pérou.<sup>21</sup>

Le mode de production est aussi un facteur clé dans les émissions de CO<sub>2</sub> associées à une denrée alimentaire. Par exemple, il est estimé qu'un légume produit sous serre nécessite en moyenne 10 à 15 fois plus d'énergie que la culture en plein air.<sup>20</sup>

En ce qui concerne la Suisse, il est intéressant d'étudier le bilan écologique des aliments, édité par la SSN sous le nom de FOODprints (figure 4). Dans cette figure, sur la base de la pyramide alimentaire, on peut voir dans chaque groupe d'aliments quels sont ceux ayant le plus grand impact écologique. Plus la barre correspondante est élevée, plus les charges environnementales liées à la production de cet aliment sont grandes.

En conséquence de ces observations, si l'on promeut l'augmentation de la proportion de fruits et légumes dans nos assiettes, il faudrait rester attentif à ce qu'ils n'aient pas pris l'avion et qu'ils soient de saison. En Suisse, on doit également

FIG 4 Bilan écologique des aliments (FOODprints)



(Reproduit avec la permission de la Société suisse de nutrition, version adaptée de 2012)

prêter une attention particulière à l'origine des poissons. En effet, au vu de l'impact écologique qu'en représente une portion, en manger jusqu'à 3 fois par semaine comme proposé dans l'assiette idéale du EAT-Lancet semble peu compatible avec une alimentation durable.

On peut citer comme autre cobénéfice santé-environnement la diminution de la consommation de produits ultratransformés. On considère un produit comme ultratransformé lorsqu'il est issu d'un processus industriel lors duquel la matière première a subi plusieurs transformations, et qu'il contient au moins 5 ingrédients ajoutés tels que de la graisse, du sucre, du sel, des additifs, des colorants, etc. Des exemples courants sont le jambon, les sodas ou les barres chocolatées. Ces produits sont souvent riches en énergie et pauvres en nutriments, et sont associés à une augmentation des risques d'obésité et de syndrome métabolique.<sup>22-25</sup> Certains d'entre eux ont une forte empreinte carbone, de par leur processus de production, de conditionnement et d'emballage.<sup>26</sup>

En ce qui concerne l'alcool, sa consommation excessive est responsable, selon l'OMS, de 3,3 millions de décès chaque année dans le monde, soit 5,9% des décès. Sur le graphique de la SSN (figure 4), on note que l'impact écologique des boissons alcoolisées est conséquent. Les émissions de CO<sub>2</sub> liées aux boissons alcoolisées viennent de la culture des matières premières, de leur production, leur conditionnement, leur transport et des déchets engendrés.<sup>27</sup> Il est cependant intéress-

sant de constater qu'il y a très peu de littérature sur l'impact écologique de l'alcool. Quant à l'eau, en Suisse il serait préférable de recommander celle du robinet car son impact écologique est presque nul.

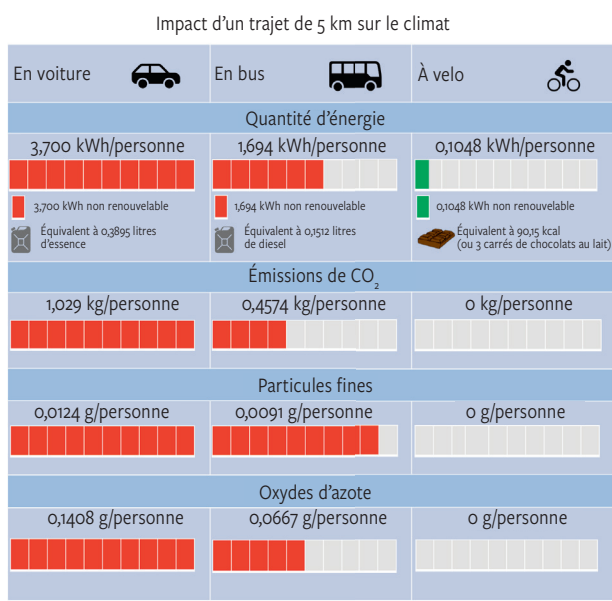
## MOBILITÉ

La plus grande source d'émission de gaz à effet de serre en Suisse est liée à la mobilité.<sup>9</sup> En effet, les transports sont responsables d'un tiers des émissions de CO<sub>2</sub>,<sup>10</sup> et cela sans compter les voyages en avion.

Parallèlement à cela, la sédentarité est une cause importante de surpoids et d'augmentation des facteurs de risque cardiovasculaire.<sup>28</sup> L'OMS a émis des recommandations sur le niveau minimal d'activité physique. Chez un adulte cela correspond à plus de 150 minutes par semaine d'une activité physique d'intensité modérée ou plus de 75 minutes par semaine d'une activité physique d'intensité élevée, cela réparti sur plusieurs jours.<sup>29</sup>

Il est parfois difficile de motiver les patients à dégager du temps pour effectuer ces activités physiques en dehors de leur activité professionnelle ou pendant leurs loisirs. Un moyen d'atteindre le niveau recommandé est d'intégrer un mode de transport actif tel que la marche ou le vélo dans les trajets du quotidien. Une motivation supplémentaire serait

**FIG 5** Impact d'un trajet de 5 km sur le climat



(Données tirées et tableau inspiré de ref<sup>31</sup>)

de mettre en avant le cobénéfice que cela peut avoir sur l'environnement. Par exemple, proposer de se rendre au travail ou d'aller faire ses courses à pied ou à vélo, tout en valorisant l'impact écologique d'un tel choix. Tous les trajets ne peuvent pas être reportés sur de la mobilité active, cela dépend entre autres de la distance à parcourir et de l'aménagement de zones pédestres et cyclables. Cependant, il est légitime de supposer qu'il y a de la place pour de tels changements de mode de vie étant donné que, selon les statistiques suisses, 46% des trajets effectués en voiture et 83% des trajets effectués en tramway et en bus sont inférieurs à 5 km.<sup>30</sup> Un exemple concret est illustré dans la **figure 5**.

Un patient qui décide de prendre son vélo plutôt que sa voiture pour faire les 5 km qui séparent son domicile de son lieu de travail économisera 1,029 kg de CO<sub>2</sub> par trajet. Si l'on considère qu'il fait ce trajet aller-retour 5 fois par semaine, cela correspondrait à une économie d'émission de CO<sub>2</sub> équivalent à 140,40 kg par année. En plus de réduire de 1% sa production annuelle de CO<sub>2</sub> (la moyenne suisse étant de 14 tonnes de CO<sub>2</sub> par année par personne), ce patient aura en outre dépensé environ 180 kcal/jour.

Les efforts en faveur d'une mobilité douce ne sont cependant pas uniquement individuels et leur promotion ne se fait pas

seulement au sein des cabinets médicaux. Ils s'inscrivent plus largement au niveau sociétal, à travers une politique de santé publique favorable et des changements d'habitudes de vie. L'environnement doit être adéquat, entre autres en termes d'aménagement (présence de parcours piétons et pistes cyclables, végétalisation des villes, places de parc pour vélos, vestiaires sur les lieux de travail...) et de qualité de l'air afin que les bénéfices sur la santé de la mobilité douce l'emportent sur les effets néfastes (pollution inhalée, accidents...). Il y a un besoin également de valoriser socialement et encourager les pratiques telles que la marche ou le vélo par le biais de campagnes d'information.

## CONCLUSION

La lutte contre les maladies chroniques liées au mode de vie et celle contre le réchauffement climatique sont parmi les principaux défis de santé publique du 21<sup>e</sup> siècle. Des actions rapides et au niveau mondial sont nécessaires si l'on veut espérer atteindre les objectifs de l'Accord de Paris sur le climat. Les habitudes de vie d'un individu ont un impact sur son risque de développer une maladie chronique et sur son espérance de vie, mais aussi sur le climat et les ressources naturelles de notre planète. Ainsi, dans les domaines de l'alimentation et de la mobilité, certains cobénéfices entre promotion de la santé et lutte contre le réchauffement climatique ont pu être mis en évidence. Les professionnels de la santé, et les médecins de famille en première ligne, pourraient certainement avoir un rôle à jouer pour aider les patients à adopter un mode de vie et de consommation plus durable. Mais cela nécessite cependant un débat de fond sur le rôle des médecins dans la promotion de la santé de la population.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'augmentation des maladies chroniques et le réchauffement climatique sont des enjeux de santé publique majeurs pour le 21<sup>e</sup> siècle
- Certains changements d'habitudes dans les domaines de l'alimentation et de la mobilité présentent un cobénéfice à la fois sur la santé individuelle et sur les émissions de CO<sub>2</sub>
- Le médecin de famille pourrait jouer un rôle important dans la promotion d'un mode de vie et de consommation plus sain et plus durable

1 Observatoire suisse de la santé (éd.). La santé en Suisse. Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag; 2015.

2 Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA [En ligne]. 2020 février; epub ahead of

print. Disponible sur : [jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130](http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130)

3 \*Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. Lancet 2009;373:1693-733.

4 World Health Organization. Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. Genève: WHO; 2016.

5 \*Watts N, Amann M, Arnell N, et al.

The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. Lancet 2018;392:2479-514.

6 World Organization of Family Doctors (WONCA), Planetary Health Alliance (PHA), Clinicians for Planetary Health Working Group. Declaration Calling for Family Doctors of The World to Act on Planetary Health. 2019 janvier. Disponible sur : [www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/Environment.aspx](http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/Environment.aspx)

7 \*\*Willett W, Rockström J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT – Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet 2019;393:447-92.

8 Nations unies. Accord de Paris. 21e Conférence des parties; 2015.

9 Conseil fédéral suisse. Environnement suisse 2018. Berne; 2018.

10 Office fédéral de l'environnement. Émissions de gaz à effet de serre visées par la loi sur le CO<sub>2</sub> révisée et par le



Protocole de Kyoto, 2<sup>e</sup> période d'engagement (2013-2020). Berne: OFEV; 2019.

- 11 Aminian E, Sadowski IJ, Cornuz J. Impact environnemental du tabagisme. *Rev Med Suisse* 2019;15:1974-78.
- 12 Vermeulen SJ, Campbell BM, Ingram JSI. Climate Change and Food Systems. *Annu Rev Environ Resour* 2012;37:195-222.
- 13 \*World Resources Institute. Creating a Sustainable Food Culture. WRI; 2019.
- 14 \*Springmann M, Clark M, Mason-D'Croz D, et al. Options for keeping the food system within environmental limits. *Nature* 2018;562:519-25.
- 15 Springmann M, Godfray HCJ, Rayner M, Scarborough P. Analysis and valuation of the health and climate change cobenefits of dietary change. *Proc Natl Acad Sci USA* 2016;113(15):4146-51.
- 16 Chen GC, Lv DB, Pang Z, Liu QF. Red and processed meat consumption and risk of stroke: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 2013;67:91-5.
- 17 Abete I, Romaguera D, Vieira AR, et al. Association between total,

- processed, red and white meat consumption and all-cause, CVD and IHD mortality: a meta-analysis of cohort studies. *Br J Nutr* 2014;112:762-75.
- 18 Feskens EJM, Sluik D, van Woudenberg GJ. Meat Consumption, Diabetes, and Its Complications. *Curr Diab Rep* 2013;13:298-306.
- 19 Segovia-Siapco G, Sabaté J. Health and sustainability outcomes of vegetarian dietary patterns: a revisit of the EPIC-Oxford and the Adventist Health Study-2 cohorts. *Eur J Clin Nutr* 2019;72:60-70.
- 20 Société suisse de nutrition (SSN). Le bilan écologique des aliments. 2019 novembre. Disponible sur : [www.sge-ssn.ch/media/bilan\\_cologique\\_des\\_aliments1.pdf](http://www.sge-ssn.ch/media/bilan_cologique_des_aliments1.pdf)
- 21 WWF. Chauffage et transport en avion : le WWF exige la transparence pour les fruits et légumes. WWF Suisse [En ligne]. 2017. Disponible sur : [www.wwf.ch/fr/medias/chauffage-et-transport-en-avion-le-wwf-exige-la-transparence-pour-les-fruits-et-legumes](http://www.wwf.ch/fr/medias/chauffage-et-transport-en-avion-le-wwf-exige-la-transparence-pour-les-fruits-et-legumes)
- 22 Srour B, Fezeu LK, Kesse-Guyot E, et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospec-

- tive cohort study (NutriNet-Santé). *BMJ* 2019;365:l1451.
- 23 Blanco-Rojo R, Sandoval-Insauti H, López-García E, et al. Consumption of Ultra-Processed Foods and Mortality: A National Prospective Cohort in Spain. *Mayo Clin Proc* 2019;94:2178-88.
- 24 Rico-Campà A, Martínez-González MA, Alvarez-Alvarez I, et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. *BMJ* 2019;365:l1949.
- 25 Tavares LF, Fonseca SC, Rosa MLG, Yokoo EM. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. *Public Health Nutr* 2012;15:82-7.
- 26 Harray AJ, Boushey CJ, Pollard CM, et al. A Novel Dietary Assessment Method to Measure a Healthy and Sustainable Diet Using the Mobile Food Record: Protocol and Methodology. *Nutrients* 2015;7:5375-95.
- 27 Garnett T. The Alcohol We Drink and Its Contribution to the UK's Greenhouse Gas Emissions: A Discussion Paper. Working Paper Produced as Part of the

Work of the Food Climate Research Network. 2007. Disponible sur : [www.fcrcn.org.uk/sites/default/files/ALCOHOL%20final%20version%20TG%20feb%202007.pdf](http://www.fcrcn.org.uk/sites/default/files/ALCOHOL%20final%20version%20TG%20feb%202007.pdf)

- 28 Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* 2019;395:795-808.
- 29 OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
- 30 Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication (DETEC). Arrêté fédéral concernant les voies cyclables. Berne; 2018.
31. Mobility-Impact – energie-environnement.ch. Disponible sur : [www.energie-environnement.ch/maison/transports-et-mobilite/mobility-impact](http://www.energie-environnement.ch/maison/transports-et-mobilite/mobility-impact)

\* à lire

\*\* à lire absolument

## QCM D'AUTO-ÉVALUATION

## Testez vos connaissances...

**Cobénéfices de la promotion de la santé sur le réchauffement climatique****L'exemple de l'alimentation et de la mobilité***(voir article p. 1049)*

1. Quel(s) conseil(s) donné(s) à un patient chez qui on veut promouvoir une alimentation plus saine aura (auront) également un cobénéfice sur l'environnement?
- A. Consommer plutôt de la viande rouge que de la viande blanche
  - B. Réduire sa consommation de produits ultratransformés
  - C. Manger des produits laitiers 3 fois par jour
  - D. Diminuer sa consommation d'alcool
  - E. Augmenter la proportion de fruits et légumes dans son alimentation

**Autotests en vente libre, vraiment utiles?***(voir article p. 1026)*

4. Parmi les propositions suivantes concernant les autotests, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- A. Ils sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins
  - B. Leur notice d'emballage spécifie leur niveau de performance et les détails de leur méthode d'évaluation effectuée par le fabricant permettant d'en connaître la précision
  - C. Le FIT et le test de dépistage VIH s'intègrent dans des programmes prédéfinis de santé publique
  - D. Le marquage CE est un gage de qualité de l'utilité clinique des autotests

**Traitements intensifs en médecine de famille: usage de pompes et systèmes de mesure en continu du glucose***(voir article p. 1022)*

2. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- A. Les pompes à insuline sont gérées par le diabétologue en premier lieu
  - B. Les dispositifs de mesure du glucose en continu (CGM) permettent de suivre les variations du glucose dans le liquide interstitiel avec un délai de plus de 5 minutes pour l'équilibre avec le plasma
  - C. Il est préférable en fin de vie de délivrer la morphine par voie intraveineuse
  - D. Le passage de la morphine orale à la voie parentérale nécessite une diminution de moitié des doses

**Médecine psychosociale intensive au cabinet: quelques outils pratiques***(voir article p. 1044)*

5. Les éléments clés de la prise en charge de patients en situation de crise psychosociale sont:
- A. L'écoute et la reformulation des propos du patient
  - B. La réalisation systématique d'exams complémentaires
  - C. La collaboration avec d'autres professionnels
  - D. L'identification des situations à risque immédiat pour le patient ou autrui

**Comment intensifier les efforts de recherche pour une médecine de famille basée sur les preuves? Proposition de cadre conceptuel***(voir article p. 1034)*

3. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Pour intensifier la recherche en médecine de famille basée sur des preuves, utiliser un cadre conceptuel permet de:
- A. Anticiper que les données produites serviront à enrichir l'expertise clinique
  - B. Cibler les besoins de formation d'un chercheur en médecine de famille
  - C. Améliorer la communication vis-à-vis des autorités universitaires
  - D. Offrir une grille de lecture des projets de recherche en médecine de famille
  - E. Faciliter la collaboration entre patients, cliniciens et chercheurs sur une définition commune des priorités de recherche

Réponses correctes: 1BDE, 2BD, 3ABCDE, 4C, 5ACD

# Crise sanitaire et crise suicidaire: éclairages en miroir

Drs PACO PRADA<sup>a</sup>, CHRISTIAN GREINER<sup>a</sup>, MÉLANIE DE NÉRIS<sup>a</sup> et Pr GUIDO BONDOLFI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1057-9

La prise en charge psychothérapeutique d'une crise suicidaire permet de penser la crise sanitaire liée au COVID-19 sous un angle particulier. Dans cet article, nous montrons les parallèles mais également les différences entre ces deux types de crises. Le déroulement séquentiel de la crise, l'agent viral qui agit comme un facteur déclenchant et la foule de réactions qui s'ensuivent peuvent ainsi évoquer une crise suicidaire durant laquelle un sujet perçoit souvent un événement externe comme facteur précipitant. Toutefois, contrairement au confinement dans le cas du virus, c'est bien la relation, notamment la relation thérapeutique, qui permet de traverser la crise. Cette relation doit nous permettre de faire connaissance avec nos vulnérabilités spécifiques, celles sur lesquelles le facteur déclenchant a précisément agi.

## Health crisis and suicidal crisis: mirrored lighting

*The psychotherapeutic management of a suicidal crisis makes it possible to think of the health crisis linked to COVID-19 from a particular angle. In this article, we show the parallels but also the differences between these two types of crises. The sequential course of the crisis, the viral agent which acts as a triggering factor and the host of reactions which follow can thus evoke a suicidal crisis during which a subject often perceives an external event as a precipitating factor. However, unlike confinement in the case of the virus, it is the relationship, in particular the therapeutic relationship, which makes it possible to get through the crisis. This relationship should allow us to get to know our specific vulnerabilities, those on which the triggering factor has specifically acted.*

## INTRODUCTION

Nous sommes psychiatres et psychothérapeutes responsables d'une unité de soins spécialisée dans la prise en charge de personnes traversant une crise suicidaire. Dans ce contexte particulier de crise sanitaire du COVID-19, le travail psychothérapeutique de crise est une ressource pour penser différemment ce que nous traversons. Le travail que nous impose la crise suicidaire nous montre qu'il s'agit aussi d'une opportunité unique d'explorer notre fonctionnement psychique. C'est sûrement le cas avec la crise COVID. Dans cet article, nous nous intéressons à la nature de l'événement déclenchant la crise, à la cascade de réactions qu'il entraîne, à l'équilibre atteint à la fin de la crise et à ce qui en détermine la qualité.

<sup>a</sup>Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Unité d'investigation et de traitements brefs, Département de psychiatrie, HUG, 12011 Genève 14  
paco.prada@hcuge.ch | christian.greiner@hcuge.ch  
melanie.deneris@hcuge.ch | guido.bondolfi@hcuge.ch

## LA CRISE: DÉFINITION!

Une crise est une rupture brutale d'un d'équilibre.<sup>1</sup> Cet équilibre rompu peut être psychique, social, relationnel, économique, ou, dans le cas présent, sanitaire, économique et possiblement politique. Cette rupture d'équilibre concerne une personne, très souvent son entourage, plus rarement l'ensemble de la population du globe. Il est compréhensible que nous nous sentions dépassés par le sentiment d'affronter une situation extrêmement complexe. Une crise c'est donc l'espace temporel nécessaire au changement d'équilibre, un entre deux temps, l'avant et l'après. C'est donc un présent qui convoque passé et futur à la fois. Un passé qu'on peut craindre de perdre ou qui nous tourmente et un futur fantasmé qu'on souhaite repousser et dont les combinaisons possibles sont multiples. La crise survient à la faveur d'un ou de plusieurs événements déclenchant, dont l'origine perçue peut être externe au sujet ou lui être propre.

## NOUS Y SOMMES: «C'EST LA PANDÉMIE»

C'est comme s'il avait fallu attendre que le Dr Tedros Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, nous le confirme. Ce n'est pas encore le moment, mais bientôt! Enfin, voilà ce mot prononcé: «pandémie», et cette fois ça y est, c'est la crise! La frontière est souvent floue entre équilibre et déséquilibre. Les équilibres de nos vies sont dynamiques pour intégrer continuellement des perturbations. Le virus a déboulé à grande vitesse sur nos vies pour les bouleverser! Le constat de la crise ne se fait pas toujours de l'intérieur. C'est parfois les autres qui nous renseignent sur notre état d'équilibre. Nos capacités de perception sont vulnérables à l'illusion, à la dysrégulation, à l'hallucination, à l'annulation.

## LE FACTEUR DE CRISE: «THE CHINESE VIRUS»

Deux aspects du virus COVID-19 sont intéressants à souligner dans notre parallèle avec une crise suicidaire: il est le révélateur d'une fragilité personnelle et il se transmet «par la relation».

Donald Trump insiste sur l'origine chinoise du virus lui conférant un caractère doublement exogène. L'origine de la crise est située aussi loin que possible de nous, alors que la menace qui plane est également interne (nos vulnérabilités, les faiblesses du système, les comorbidités, l'âge, etc.). Trump essaye ainsi d'éviter que l'on puisse relier les racines de la crise aux instances internes. La projection et le clivage s'érigent ici comme une première ligne de défense.

Or cette ligne de défense risque de nous priver de notre responsabilité et, par là, de nous réduire à un sujet qui se défend de l'intrusion extérieure, sans réelle conflictualité interne propre. C'est une muraille derrière laquelle nous sommes retranchés. Ces postures rigides et archaïques émergent en temps de crise et peuvent en fait contribuer à embraser la situation. Nos doutes ou nos hésitations en disent long sur nous, encore faut-il être en condition de les explorer. L'événement qui déclenche la crise, aussi clairement identifié soit-il, doit en fait interagir avec des éléments de notre état d'équilibre. Le facteur de crise peut donc cacher les autres éléments de la crise. Mais il peut aussi être le fil rouge qui nous permet de relier ces différents éléments entre eux.

Le caractère relationnel du facteur de crise est très représentatif d'une grande majorité des conduites suicidaires.<sup>2</sup> Le lien à l'autre est menacé à l'instar du lien à soi-même. Le «grand confinement» n'est pas une issue, car nous avons besoin de la relation aux autres, besoin de cet échange de représentations pour nous développer. La propagation du virus, de la crise, et du repli sur soi, nous révèlent l'état de nos relations avec les autres, qu'elles soient utilitaires, de dépendance, de rivalité, empreintes de méfiance ou de mensonges, insuffisamment développées ou nombreuses et superficielles.

### «APLANIR LA COURBE»

Cette phrase, comme ce graphique (figure 1), sont désormais emblématiques de cette crise. Le Professeur Didier Pittet explique avec beaucoup de pédagogie comment la vague de

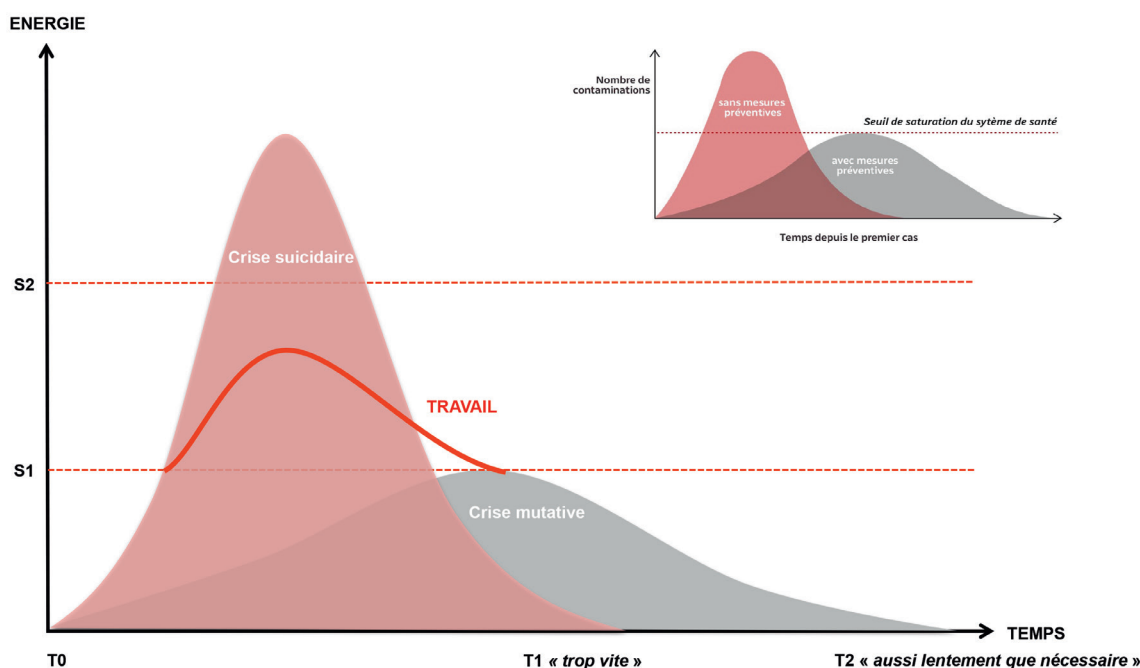
contaminations risque de déborder notre système de santé, nos hôpitaux et nos soignants, l'importance d'aplanir la courbe. La crise devient suicidaire lorsque la souffrance déborde et épuise les capacités de tolérance du sujet. Là aussi, il faut aplanir la courbe, c'est vital. Notre réaction à la crise, c'est-à-dire les symptômes que nous développons, la manière dont nous réagissons (angoisse, déni, agitation, révolte, mobilisation, soumission, tristesse, etc.) sont le reflet de notre personnalité, de notre identité, de nos fragilités cachées. Il faut pouvoir l'entendre, le voir. Mais la tentation est immense de supprimer tout ce vécu désagréable, au prix de la perte de cette prise de conscience. Il y a une différence entre la crise suicidaire et sanitaire qui mérite notre attention. Aplanir la courbe de la crise suicidaire nécessite un déconfinement! Il faut rencontrer quelqu'un prêt à explorer avec nous cette souffrance, nous permettre de l'exprimer. C'est la relation (celle qui permet la rencontre) qui peut diminuer «la propagation»!

### EN SORTIR «QUOI QU'IL EN COÛTE»

Ce sont les mots répétés par Emmanuel Macron lors de son discours martial à la Nation française. Ce «quoi qu'il en coûte» est le genre de promesse que l'on se fait en temps de crise. La tentation la plus fréquente lors d'une crise due à un facteur exogène: retrouver l'état antérieur, annuler l'événement déclencheur. Cela peut être la même chose suite à une rupture sentimentale. Mais est-ce seulement possible? Nous avons tous envie de répondre: non! Il ne faut pas sous-estimer la puissance de cette tentation. Elle est si forte qu'elle altère

**FIG 1** Seuil de saturation des résistances psychiques face à la crise

ENERGIE: Degré de contamination psychique de la crise; intensité et nombre de symptômes psychologiques; niveau de détérioration du fonctionnement (p.ex GAF).  
 TRAVAIL: Aplanissement de la courbe pour transformer la crise suicidaire en crise mutative.  
 S1: seuil de saturation des défenses psychologiques; S2: seuil du danger de passage à l'acte suicidaire; T0: facteur déclenchant d'une crise; T1: retour prématuré à l'état antérieur; T2: temps nécessaire pour développer une perspective alternative au sujet de sa propre expérience/personne.



notre perception de la réalité et justifie une dépense invraisemblable d'énergie. Or, si le retour en arrière n'est pas possible, comment nous tourner vers la possibilité du changement ?

Cela pose la question de notre équilibre antérieur à la crise, celui d'avant la survenue de l'événement déclenchant la crise. Cet état n'est pas complètement stable. Il contient des fragilités, le germe de la crise, dont il nous faut nous occuper en temps de crise. Au rang de celles-ci, la faculté d'occulter, de dénier la possibilité de la survenue même d'une crise. C'est ce qui nous permet d'être «foudroyés» ou surpris par l'événement déclencheur. Le travail porte donc sur la compréhension de nos «fragilités» propres et notre capacité à les dénier. Il s'agit de retrouvailles avec une partie de nous. Si le germe de la crise est en nous, celui du changement aussi !

### «AUSSI VITE QUE POSSIBLE, AUSSI LENTEMENT QUE NÉCESSAIRE !»

La courbe ne doit donc pas être aplaniée trop vite, ni trop radicalement (**figure 1**). Il faut à la fois du temps et de l'énergie pour que le travail de crise se fasse. Il faut parfois souffler sur les braises de la souffrance pour en utiliser l'énergie. Ce «aussi vite que possible, aussi lentement que nécessaire» prononcé par le Conseiller Fédéral Alain Berset résume bien la double contrainte du travail de crise.<sup>3</sup> L'urgence impose la rapidité de la réaction face au risque d'explosion ! En effet, la souffrance, la menace potentielle, font planer un risque vital tel qu'ils justifient des moyens déployés à la fois massivement et à court terme. Ces moyens sont au service de la survie au possible détriment du problème de fond. Pour que l'issue soit la meilleure possible, car une crise peut laisser des séquelles, une certaine lenteur est de mise ! La rencontre de soi, le réaménagement relationnel, le réinvestissement pulsionnel, tout ça prend du temps.

### LE GRAND DÉCONFINEMENT

Nos souffrances, aussi intimes et personnelles soient-elles, possèdent un caractère interpersonnel inaltérable. Nous souffrons en lien avec l'autre, comme nous avons dès le début

eu besoin de cet autre pour exister ! La crise c'est notre besoin augmenté de l'autre alors que la menace plane sur notre confiance en la relation. La crise, c'est la mise en danger de nos représentations, internes et externes.<sup>4</sup> C'est un moment particulièrement fécond du point de vue humain. Nous avons besoin de nous découvrir et, pour cela, besoin de rencontrer l'autre. Un autre qui puisse s'intéresser à nous, cela va de soi ! Cet intérêt renouvelé pour nous-mêmes au travers de l'autre est le chemin vers un état plus satisfaisant. Le repli sur soi est paradoxalement l'abandon d'une partie de soi ! Cette crise comporte le danger de générer d'autres crises, plus intimes mais tout aussi mortelles. Il sera important de nous rencontrer autour de nos fragilités !

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article

#### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une crise devient manifeste lorsque les capacités psychologiques sont débordées, l'intervention urgente de spécialistes en santé mentale est alors nécessaire
- Un facteur de crise est souvent identifiable, il catalyse la réaction symptomatique du patient mais ne peut expliquer la crise dans son ensemble
- La réaction symptomatique est souvent si douloureuse (tant pour la personne que son entourage) que la pression est forte de concentrer le soin sur ces symptômes
- La prise en charge de crise doit permettre à une personne d'éprouver ce qu'une rencontre de soi au travers de l'autre ouvre comme nouvelles perspectives

1 Roberts, A. R. Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research 2005*. (3rd ed., pp. 3-33). New York: Oxford University Press.

2 Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of

cross-national research. *Psychol Bull.* 2017;143(12):1313-1345. doi:10.1037/bul0000123

3 Roberts AR, Everly GSA meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention.* 2006; 6(1), 10-20.

4 Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380.

# Hâte-toi lentement

*Nous avons mieux à faire de la vie que d'en accélérer le rythme.*  
Gandhi

Cet oxymore du jeu de notre enfance a fait de notre Conseiller Fédéral, Alain Berset, une célébrité de la toile, en quelques heures. Sa fameuse phrase, pourtant pertinente – nous sortirons du déconfinement aussi vite que possible et aussi lentement que nécessaire – a été prononcée le 16 avril. Moins de 48 heures plus tard, on pouvait déjà acheter en ligne des T-shirts arborant cette formule!

Cette pandémie, qui occupe nos esprits en permanence depuis quelques semaines, agit comme un miroir grossissant des nombreux travers de notre civilisation. Ce regard sur nos dérives, écologiques, économiques, sociales, politiques, fait l'objet de très nombreuses réflexions, bienvenues, dont, je l'espère, nous pourrions tirer quelques leçons et bénéfices.

Dans ce bref article, j'aimerais seulement focaliser l'attention sur deux aspects de notre évolution d'humains occidentaux, mis en relief par ce bouleversement de nos vies, et qui me fascinent: l'impatience et la phobie de l'incertitude.

L'impatience, d'abord. Alors que nos parents et grands-parents, de 1939 à 1945, ont dû s'armer de patience et vivre une lourde incertitude pendant six années, il aura fallu moins de 4 semaines de mesures contraignantes, en ce printemps 2020, pour que les impatientes se fassent entendre! À quand le déconfinement, à quand la reprise des écoles, de l'économie, de la vie normale, de la liberté?

L'impatience a envahi subrepticement notre mode de vie en quelques décennies. Exemple emblématique, parmi d'autres: les résultats des votations et élections. Au lieu d'attendre quelques heures, et pourquoi pas un jour, pour en connaître les résultats, nos médias occupent nos esprits en publiant, minute par minute, des projections fondées sur des sondages à la sortie des urnes, mobilisant des journalistes, des spécialistes, des porte-parole des différents partis, pour réagir à chaud, débattre sans fin, refaire la campagne, imaginer la suite... tout ça avant la publication officielle des résultats, qui, eux, finiront par tomber presque dans l'indifférence! Incroyable, cette frénésie, non? D'où vient-elle? À quoi sert-elle, franchement?

Alors, évidemment, face à une pandémie dont personne ne connaît l'issue, un tel degré d'impatience se manifeste de manière

assourdissante. Elle occupe les professionnels de l'information et l'oisiveté de certains mais, honnêtement, que produit-elle d'utile?

Dans un monde où le moindre ordinateur mettant plus de 2 secondes à réagir à un clic se fait insulter, il n'est pas étonnant que plusieurs semaines d'attente pour obtenir des réponses aux multiples questions qu'on se pose, rendent fou. Folie d'autant plus envahissante qu'elle s'étale, à longueur de journée, sur tous les médias disponibles.

Y a-t-il un remède à cette impatience? En attendant que d'éminents spécialistes nous en proposent, je vous suggère celui-ci, tout simple, facile d'accès, non remboursé mais gratuit: marcher, tous les jours, aussi longtemps que possible. Au-delà de la méditation salutaire qu'elle permet, la marche rétablit un équilibre fondamental entre l'espace et le temps. Dans mon pays d'origine, les hommes d'autrefois, qui ne se déplaçaient qu'à pied et qui, souvent, fumaient la pipe, comptaient les distances en pipées! «La marche est ouverture au monde. Elle rétablit l'homme dans le sentiment heureux de son existence. Elle plonge dans une forme active de méditation sollicitant une pleine sensorialité. On en revient parfois changé, plus enclin à jouir du temps qu'à se soumettre à l'urgence prévalant dans nos existences contemporaines», écrit David Le Breton.<sup>1</sup>

La phobie de l'incertitude, ensuite. Comme l'a brillamment évoqué Bertrand Kiefer dans son Bloc-notes du 22 avril dernier, *Arrogance et incertitude*,<sup>2</sup> la médecine triomphante du 20<sup>e</sup> siècle a laissé croire que la science allait tout comprendre et tout résoudre, en particulier dans les maladies infectieuses. Gigantesque leurre! Notre seule vraie certitude d'humains, c'est que la mortalité de notre espèce est de 100% et que donc notre propre mort est assez vraisemblable...

Tout le reste est soumis aux insupportables inconnues, de la météo à l'avenir écologique et économique de la planète, en passant par la médecine en général. Même dans le domaine de notre mort, demeure l'incertitude de la date, de l'heure et du comment, tellement inacceptable que notre société a inventé le suicide assisté pour en réduire l'impact.

Il existe pourtant une évidence: imaginons la connaissance comme une sphère, qui augmente sans cesse de volume sous l'effet des sciences, et l'inconnu comme l'espace infini qui l'entoure. Plus la sphère grandit, plus la surface entre le connu et l'inconnu augmente, et ceci de manière

exponentielle! Donc chaque fois que la science répond à une question, deux, quatre ou dix autres interrogations surgissent et, par conséquent, l'incertitude s'accroît de manière inéluctable.

Un collègue, brillant infectiologue, me l'écrivait à propos de la pandémie du Covid 19: «Le fin mot de l'histoire étant l'incertitude, l'espace médiatique est envahi par ceux qui nous font cadeau de leurs certitudes!»

Autrefois, on répondait à l'angoisse de l'inconnu en imposant l'apprentissage par cœur de certitudes au catéchisme. Mais ces certitudes s'effritent et représentent, elles aussi, un leurre: ce ne sont pas les dogmes qui rassurent, mais la confiance!

Quarante-deux ans de pratique de la médecine m'ont enseigné, avec bonheur, que la confiance n'est pas liée à une certitude, mais à une relation. Elle n'est pas conditionnée à l'infailibilité de celle ou celui à qui elle est accordée, mais à son honnêteté. Je l'ai souvent répété aux jeunes médecins en formation: «Nos patients savent parfaitement que nos connaissances ont des limites et que nous ne sommes pas tout-puissants, ils acceptent même que nous nous trompions parfois, mais il y a deux choses qu'ils ne supportent pas: que nous n'ayons pas de stratégie cohérente et que nous ne reconnaissons pas nos erreurs. La transparence et l'humilité sont paradoxalement les meilleurs ferments de la confiance, pour autant qu'elles s'accompagnent d'empathie et de bienveillance.»

Seulement voilà, la confiance ne s'achète pas, même en ligne! Elle se reçoit. Ne dit-on pas d'une personne: «Elle m'inspire, me donne confiance?»<sup>3,4</sup>

Ainsi donc, cette pandémie devient-elle une invitation à retrouver nos capacités de lenteur, de patience, de gratitude, de don et de gratuité, et la confiance suivra. Je le souhaite à chacune et chacun, en cette fin avril 2020.

1 Le Breton D. Eloge de la marche. Paris: Ed. Métailié, 2000.

2 Kiefer B. Arrogance et incertitude. Rev Med Suisse 2020;16:804.

3 Cornu M. La confiance dans tous ses états. Pour une éthique du don Paris: Ed. Qui Suis-je philo.

4 Pilet F. Confiance. Rev Med Suisse 2018;14:2227.

DR FRANÇOIS PILET

Chemin d'Outé 3  
1896 Vouvry  
francoispilet@vouvry-med.ch

# Soleil et mélanome

Bénéfique pour la santé, notamment osseuse, le soleil peut également avoir des effets nocifs. Les mélanomes sont ainsi majoritairement liés à une exposition excessive aux rayons ultraviolets (UV) de type A ou B.

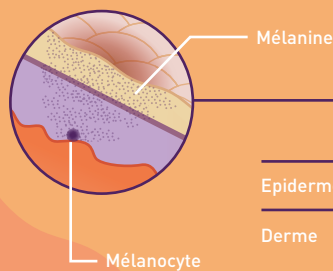
**2700**

C'est le nombre de nouveaux cas de mélanome chaque année en Suisse\*.

## ACTION DES UVA ET UVB

### Bronzage

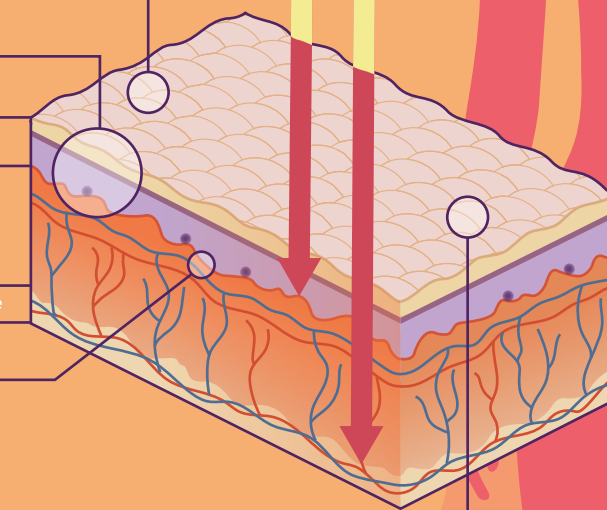
Les UVB déclenchent une double réaction de défense de l'organisme: la production d'un pigment sombre (la mélanine) par les mélanocytes, qui brunit la peau en 48 heures (bronzage), ainsi que l'épaississement de l'épiderme. Les UVA activent aussi la mélanine, provoquant un bronzage plus rapide et plus éphémère.



### Érythème

Sur une peau non protégée, les UVB provoquent un processus d'inflammation responsable de rougeurs et de douleurs au niveau du tissu. Après 24 heures, apparaissent des cellules «coup de soleil» qui s'engagent dans un processus d'apoptose (suicide) et seront éliminées par desquamation rapide: la peau pèle.

UVB UVA

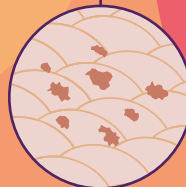


### Vitamine D

Les UVB entraînent la formation de vitamine D à partir d'un dérivé de cholestérol. De courtes expositions au soleil pendant l'été (15 à 30 minutes) sont suffisantes pour reconstituer les réserves. Cruciale, la vitamine D accroît l'absorption du calcium et du phosphore présents dans les aliments et joue notamment un rôle décisif dans le développement du squelette.

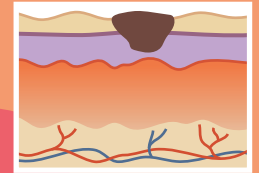
### Photovieillissement

Les UVA détruisent les fibres collagènes et l'élastine du derme, responsable de la régénération et de l'élasticité de la peau, provoquant un vieillissement prématuré de celle-ci.



## LES 4 STADES DU MÉLANOME

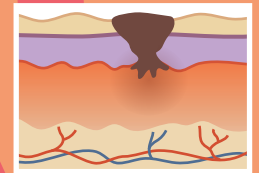
1



### Mélanome in situ

La tumeur est encore très superficielle, localisée uniquement dans l'épiderme.

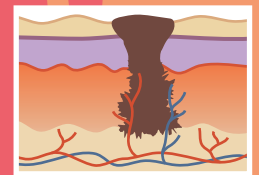
2



### Mélanome invasif

La tumeur a franchi l'épiderme et atteint le derme.

3



### Mélanome loco-régional

Des mélanocytes de la tumeur passent dans la circulation sanguine et atteignent les ganglions proches de la tumeur.

4

### Mélanome métastatique

Les mélanocytes de la tumeur atteignent finalement les organes (foie, poumons, os...).

## FACTEURS DE RISQUE DU MÉLANOME

- Exposition cumulative chronique au soleil
- Coups de soleil sévères et répétés, en particulier durant l'enfance ou l'adolescence
- Utilisation régulière de solarium (ou cabines à UV)

## PRÉDISPOSITIONS

- Peau et cheveux clairs
- Antécédents familiaux ou personnels de mélanome
- Grains de beauté multiples et/ou atypiques
- Immunosuppression (ex : VIH, hémopathies malignes, traitement contre le rejet de greffe...).

## RECONNAÎTRE LE MÉLANOME

La règle « ABCD » permet une première évaluation des taches pigmentées.

|                                 | A = Asymétrie                        | B = Bords                                 | C = Coloration        | D = Dynamique  |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------|--|
| <b>Tache pigmentée bénigne</b>  | <br>Forme régulière et symétrique    | <br>Bords réguliers et contours délimités | <br>Couleur uniforme  | <br>Sans évolution dans le temps                                     |
| <b>Tache pigmentée suspecte</b> | <br>Forme irrégulière non symétrique | <br>Bords irréguliers, mal délimités      | <br>Couleurs diverses | <br>Modification dans le temps (taille, couleur, forme ou épaisseur) |

Si vous avez des taches suspectes, un bouton ou un grain de beauté qui change d'aspect, irrégulier ou qui saigne, il est conseillé de vous faire rapidement examiner par un dermatologue.

planète santé

## COVID-19: LA FAILLITE ANNONCÉE DE L'ESSAI CLINIQUE EUROPÉEN DISCOVERY

JEAN-YVES NAU  
jeanyves.nau@gmail.com

Entre autres enseignements, l'épidémie de Covid-19 aura permis de confirmer la dramatique inexistence d'une «Union européenne de la santé». Et ce qui est vrai dans le champ des mesures sanitaires l'est aussi dans celui de la recherche, comme en témoigne l'affaire de l'essai Discovery. Nous avons présenté, dans ces colonnes,<sup>1</sup> cet ambitieux projet lancé le 22 mars: un vaste essai clinique européen destiné à évaluer quatre traitements expérimentaux contre le Covid-19. En France, il devait inclure au moins 800 patients atteints de formes sévères, parmi un total de 3200 patients européens.

Randomisée, cette étude devait comprendre quatre bras de traitement. Le premier quart des malades bénéficierait de la prise en charge actuelle: traitements non spécifiques et symptomatiques (*standard of care*). Le deuxième recevrait le remdesivir, un antiviral de Gilead Sciences qui faisait déjà l'objet de plusieurs essais cliniques contre le SARS-CoV-2. Le troisième serait traité par Kaletra (ritonavir/lopinavir, AbbVie, déjà indiqué dans le traitement de l'infection par le VIH). Et le dernier par une association de Kaletra et d'interféron bêta. Un groupe supplémentaire avait, finalement, été constitué pour évaluer les effets de la contestée hydroxychloroquine.

Il s'agissait d'un essai clinique dit «évolutif»: si une molécule apparaissait rapidement inefficace, elle serait abandonnée. À l'inverse, si un candidat thérapeutique semblait présenter un intérêt, il

pourrait être testé dans le cadre de l'essai. En France, cet essai clinique est porté par deux structures. D'une part, le Centre international de recherche en infectiologie de Lyon (Inserm, Université Claude Bernard, École normale supérieure de Lyon et CNRS). D'autre part, le centre méthodologique du consortium «REACTing» coordonné par l'Inserm.

Six semaines plus tard, l'heure est à la désillusion. «La cohorte Discovery rencontre des difficultés à monter en puissance», confiait-il y a peu au *Monde*<sup>2</sup> le Pr Yazdan Yazdanpanah, chef du Service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Bichat (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, AP-HP), directeur du consortium Reacting qui chapeaute cet essai.

«Franchement, Covid et l'Europe, c'est un échec. Chaque pays a travaillé pour lui et on a beaucoup de mal à coopérer. Seul le Luxembourg nous a rejoints... observait-il. C'est mieux que l'Allemagne, l'Autriche ou le Portugal, où les discussions sont toujours en cours, car il y a d'autres protocoles développés localement, et parce que l'on rencontre des problèmes en raison des réglementations différentes des essais cliniques selon les pays. Or, il serait important d'avoir un réseau européen pour disposer de résultats à grande échelle plus rapidement.»

Il faut ajouter qu'en dépit du Brexit, le Royaume-Uni devait également participer. «Ce pays a mis sur pied son propre essai de grande envergure, baptisé Recovery, précise le Pr Yazdanpanah. Des cliniciens anglais nous avaient contactés, car il ne prend pas en compte le remdesivir. Ils souhaitaient pouvoir l'évaluer. Mais le National Health Service (NHS), qui coordonne la santé publique au Royaume-Uni, a décidé qu'il leur fallait rester sur un seul protocole.» Et dans ce contexte, la décision a été prise en Espagne, comme en Italie, de rejoindre l'essai Solidarity, lancé par l'Organisation mondiale de la santé à l'échelle internationale, avec des critères méthodologiques moins contraignants,

mais sur les mêmes traitements.

Enfin, en Belgique, certains cliniciens qui espéraient participer à Discovery, puis à Solidarity, n'ont pu à ce stade accéder ni à l'un ni à l'autre, et craignent que ces retards aient pu constituer une perte de chance pour certains patients, qui n'ont pu bénéficier de ces molécules. Quant à la France, elle approche progressivement de son quota de 800 patients.

D'autres précisions et commentaires ont été donnés, mercredi 6 mai, lors de

l'audition par la commission des affaires sociales du Sénat français de l'infectiologue Florence Ader (CHU de Lyon, Centre international de recherche en infectiologie), qui pilote l'étude Discovery.

A ce jour, seul un patient luxembourgeois a été ajouté

aux 740 malades français enrôlés, a confirmé Florence Ader. Et outre les choix de l'Espagne et de l'Italie, des considérations réglementaires ont retardé les discussions avec l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique ou le Portugal. «Mais il semble aussi que la défection de partenaires spécialisés dans le montage d'essais cliniques européens (Combacte, Prepare et Recover) ait laissé la France en rase campagne pour démêler les particularités réglementaires nationales», observe *Le Monde*.<sup>3</sup>

Enfin, des considérations financières ont pu jouer: «Est-ce que tous les pays européens, s'est interrogée Florence Ader, peuvent inclure 500 patients à 5000 euros?» C'est, en effet, le coût de prise en charge et de gestion des données dans un essai sophistiqué comme Discovery. Une demande de soutien financier a été adressée à ce sujet à la Commission européenne. «Ces contretemps vont considérablement affaiblir la puissance statistique de Discovery, souligne *Le Monde*. L'essai avait été conçu pour pouvoir trancher avec un minimum de 620 patients par traitement, près de cinq fois plus qu'aujourd'hui.»

«Plus l'efficacité des molécules est partielle, plus il faut de patients pour arriver à conclure, rappelle Florence Ader. Or, dans les traitements évalués, il n'y a pas de molécule miracle, sinon les Chinois et les Italiens, qui nous ont précédés dans l'épidémie, les auraient vues.» D'autre part, le début du reflux de l'épidémie pourrait signifier que les investigateurs

COVID ET  
L'EUROPE, C'EST  
UN ÉCHEC.  
CHAQUE PAYS  
A TRAVAILLÉ  
POUR LUI





risquent de ne pas avoir le quota suffisant de malades pour tirer des enseignements indispensables. Un comité d'experts doit désormais apprécier les suites à donner – et ce en fonction des données déjà disponibles.

Discovery n'est pas le seul essai clinique en cours en France. Au 1<sup>er</sup> mai, pas moins de 44 essais avaient déjà été autorisés, et 36 autres étaient en cours d'instruction par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et les comités de protection des personnes, chargés d'évaluer la sécurité, la pertinence et la qualité méthodologique des projets. Tout ceci ne va pas sans redondances: sur les 80 essais français connus, 20 comprennent un bras testant l'hydroxychloroquine.

La Dr Ader s'est aussi exprimée devant la commission sur la profusion d'essais en cours en France. «Il y a une épidémie de recherches, mais ce n'est peut-être pas

judicieux de démarrer 30 ou 40 études de dix patients, et de ne pas démarrer des grosses études qui vont répondre à de vraies questions, regrette-t-elle. C'est une perte de charge énorme.» Cette situation et les difficultés de la coordination européenne sont également constatées par trois Académies nationales françaises qui viennent d'émettre des recommandations sur ce thème.<sup>4</sup>

«Dès le début de la pandémie Covid-19, de nombreux appels ont été lancés pour promouvoir dans l'urgence des recherches sur la maladie et pour développer des moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés, observent-elles. La multiplication d'offres non coordonnées a eu pour conséquence un afflux de propositions, une grande confusion dans les projets, une multiplicité de gouvernances, une dispersion des moyens et des capacités de la

communauté scientifique, au risque d'une inefficience globale. Au niveau de l'Union Européenne, le manque de stratégie globale de riposte à la pandémie est confirmé par l'absence de programmes d'envergure et de coordination de la recherche sur le Covid-19.» Où l'on confirme que dans ce domaine non plus il n'existe pas d'Union européenne.

1 Nau J-Y. Covid-19: essai clinique européen; éthique pharmaceutique. Rev Med Suisse 2020; 16: 606-607.

2 Morin H. Covid-19: «Sur les essais cliniques, l'Europe est un échec». Le Monde du 4 mai 2020.

3 Morin M. Coronavirus: l'essai clinique Discovery englué faute de coopération européenne. Le Monde du 7 mai 2020.

4 Covid-19: pour une coordination nationale et européenne de la recherche. Communiqué des Académies nationales de Médecine, de Pharmacie et Vétérinaire de France du 6 mai 2020.

## CARTE BLANCHE



Dr Jean-Luc Vonnez

Clos de la Pépinière 6  
1040 Echallens  
cabinet.vonnez@svmed.ch

## PETITE CHRONIQUE PANDÉMIQUE

Gérard\* m'appelle de sa voiture. J'entends dans l'écouteur les bips du radar de parking. Il veut s'assurer que, le cas échéant, je lui garantirai l'accès au traitement du Professeur Raoult. Non, je ne peux pas prescrire d'hydroxychloroquine. J'essaie de justifier les règles en vigueur. Rien n'y fait. Gérard est en colère. Et déçu. Il pensait pouvoir compter sur moi, sur la Suisse. Il voit bien que je n'ai pas le choix, que je suis moi aussi soumis au «diktat des pharmas et des politiques». Il me faut un moment pour encaisser. Cette colère ne m'est pas destinée. Une fois encore, je fais l'exercice de me replacer dans mon rôle. Mon expertise, c'est la médecine appliquée, la rencontre. Pour le reste, j'ai besoin des autres. Je m'inscris dans une com-

munauté qui compte des universitaires. C'est ensemble que nous construisons une médecine critique et indépendante. Je ne suis pas le médecin omniscient et omnipotent que Gérard voyait en moi.

\*\*\*

Je trouve Laurence\* recroquevillée dans la salle d'attente. Elle s'assied et pleure, puis s'excuse: la bibliothèque vide dans la salle d'attente, nos chaises espacées, les rues désertes, les masques, la distribution du gel hydroalcoolique au compte-gouttes le matin à son travail, elle n'en peut plus. Elle a arrêté de regarder les nouvelles. Elle a continué sans discuter ses visites d'aide-soignante à domicile. Elle en revient épuisée. J'offre ce que je peux: un peu de réconfort, de l'espace pour souffler.

\*\*\*

Alexandre\*, 22 ans, me reçoit chez lui. Un frottis positif et des parents à risque l'ont condamné à passer trois semaines enfermés dans les quelques mètres carrés de sa chambre. Il a enduré la toux, puis plusieurs jours de céphalées intenses, la fièvre, et maintenant, cette dyspnée qui l'inquiète, alors que le cap semblait passé. Mon examen me rassure vite. Je vois les posters, les petits objets sur l'étagère, un mot écrit par une amie sur une photo en souvenir d'un séjour d'échange. Il y a quelque chose d'infiniment touchant à entrer sur la pointe des pieds dans l'intimité d'une chambre. Je

commence à pouvoir imaginer ce que cela signifie, à 22 ans, de rester trois semaines enfermé seul, avec comme seule échappée cette fenêtre ouverte sur le printemps, en espérant ne pas contaminer ses parents. Alexandre m'avait parfois semblé plaintif. Aujourd'hui, je le découvre courageux. Entre nous naît une estime nouvelle.

\*\*\*

Camille\* se sent vaciller. Elle a continué à s'investir dans son travail depuis son domicile, conformément oblige. Mais il y a eu cette cassure. Un ami scientifique a partagé avec elle sa vision des problèmes environnementaux. Elle qui était déjà sensible à la protection de la nature, elle a eu l'impression de prendre soudain conscience de la réalité de la situation. Elle se sent porteuse d'une terrible nouvelle. Elle n'ose même pas en parler à ses enfants et se sent triste chaque fois qu'elle voit ses petits-enfants. Elle n'arrive pas à croire à la capacité de l'humanité à rêver un autre avenir. Et au travail, dans une équipe bien masculine de cadres, elle est celle par qui les émotions émergent. Elle est le symptôme, la conscience. Elle me paraît belle et vivante.

\*\*\*

Et moi, dans cette crise? Au début, j'ai eu besoin d'agir. Mes collègues et moi avons réorganisé le cabinet avec enthousiasme. Je me suis surpris à être facilement irrité contre les mesures qui n'avaient

pas été discutées avec moi. Je voulais faire partie des projets qui comptent. Puis les jours ont passé avec lenteur. La pression de tant de projets s'est relâchée, et je me suis senti plus libre. Dans le ciel si pur d'un printemps précoce et trop sec, je me suis mis à ressentir plus intensément, comme Camille, la gravité de ce moment de notre histoire humaine.

Un soir, la pluie s'est enfin mise à tomber sur notre maison. Nous avons fermé les portes et nous sommes réfugiés à l'intérieur. Par la fenêtre de l'étage, j'ai contemplé les eaux du toit de la grange ruisseler dans les chénaux, mousseuses et chargées de pollen de sapin. Du salon montait une mélodie de Mozart infiniment consolatrice.<sup>1</sup> La nature entière se nourrissait de cette averse. Les fleurs des pommiers y perdaient leurs premiers pétales. J'entendais battre autour de moi le pouls millénaire de la nature nourricière. De cet instant refuge en temps de crise, je sors avec le désir de cultiver, avec d'autres et contre toutes les résignations, le respect de notre milieu, de nos racines, le souci de l'autre, le soin porté.

\* Prénoms d'emprunt.

1 Mozart WA. Adagio du Concerto pour clarinette en La majeur KV 581.

## DÉPENDANCES EN BREF Service d'alcoologie, CHUV, Lausanne

## Utilisation de la cigarette électronique par les adolescents

L'utilisation de la cigarette électronique par les adolescents augmente les scores d'exposition à la nicotine et de dépendance au fil du temps.

Les cigarettes électroniques ont été introduites en tant que produit de réduction des risques destiné

aux personnes qui fument des cigarettes, afin de réduire leur exposition aux toxines contenues dans la fumée. Au cours des dernières années, l'utilisation de la cigarette électronique chez les adolescents a augmenté de façon exponentielle et les conséquences sur la santé sont encore mal comprises. Cette étude longitudinale a suivi une cohorte de 173 adolescents, âgés de 13 à 18 ans et ayant utilisé la cigarette élec-

tronique au cours de la dernière année. Elle a documenté l'évolution de la fréquence d'utilisation, les niveaux d'exposition à la nicotine (mesurés via la cotinine salivaire), les scores de dépendance à la nicotine (mesurés au moyen de la *Penn State Electronic Cigarette Dependence Index*), ainsi que les marques et les arômes préférés.

- 80% des participants utilisaient encore des cigarettes électroniques après 12 mois de suivi; le taux d'utilisation quotidienne a doublé, passant de 15 à 30%.

- La fréquence moyenne d'utilisation, l'exposition à la nicotine et les scores de dépendance ont tous augmenté avec le temps.

- La préférence pour le dispositif Juul a augmenté avec le temps; les saveurs de fruits étaient les plus populaires en tout temps.

**Commentaires:** Pour de nombreux adolescents, l'utilisation de la cigarette électronique est une

première exposition à la nicotine. Bien que ces produits puissent représenter une «réduction des risques» pour certains fumeurs adultes, ils semblent plutôt être une «introduction au risque» chez les jeunes. La préférence pour un seul produit et le grand intérêt que suscitent les liquides aromatisés, deux éléments observés dans l'étude, peuvent indiquer la voie à suivre pour élaborer des politiques de santé publique visant à protéger les jeunes.

**Dr Esfandiar Aminian**  
(traduction française)

**Sharon Levy, MD, MPH**  
(version originale anglaise)

Vogel EA, Prochaska JJ, Ramo DE, et al. Adolescents' e-cigarette use: increases in frequency, dependence, and nicotine exposure over 12 months. *J Adolesc Health* 2019;64:770-5.



© istockphoto/lisireten

## AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

## COVID-19: ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES ENFANTS

**JEAN-YVES NAU**  
jeanyves.nau@gmail.com

La question des enfants, de leur susceptibilité, de leur contagiosité, est l'un des grands thèmes récurrents depuis le début de l'épidémie de Covid-19. En France, l'une des premières mesures de contrôle de l'épidémie a été la décision de fermeture de toutes les écoles à partir du lundi 16 mars. Cette mesure concernait plus de 12 millions d'élèves, de la maternelle au lycée – auxquels s'ajoutent ceux des établissements d'accueil du jeune enfant. L'accueil étant maintenu pour les enfants des professionnels. Puis, le 13 avril lors de son allocution, le président de la République française a annoncé une sortie progressive du confinement strict à partir du 11 mai 2020 et la réouverture progressive des crèches, des écoles, des collèges et des lycées – sans toutefois en préciser les

modalités précises.

C'est dans ce contexte que Santé publique France (SpF) a été amenée à réaliser une synthèse rapide des connaissances scientifiques<sup>1</sup> pour aider à orienter les choix des décideurs et autorités publiques et leur modalité de mise en œuvre. Cet état de la littérature internationale à la date du 24 avril 2020 examine plusieurs questions. Elles concernent notamment les connaissances sur les caractéristiques cliniques et de transmission du Covid-19 chez l'enfant et l'impact de la fermeture des écoles dans le contrôle de cette épidémie. Elles portent d'autre part sur les mesures prises dans les pays ayant amorcé la réouverture des écoles (ou ne les ayant jamais fermées) ainsi que sur les recommandations émises par les organismes nationaux et internationaux concernant les mesures de santé publique à mettre en place pour éviter la propagation de la transmission entre enfants, aux adultes

ainsi qu'au personnel.

«Cette synthèse est le résultat d'une lecture sélective de la littérature scientifique (articles en preprint, soumis ou parus) à une date donnée, et n'est pas une revue systématique, soulignent les auteurs. Les données disponibles concernant le Covid-19 chez l'enfant sont encore limitées par comparaison avec celles disponibles chez les adultes. Pour autant, les données épidémiologiques d'ores et déjà disponibles montrent de façon convergente que les enfants semblent autant sujets à l'infection par le SARS-CoV-2 que les adultes. Ainsi, en Chine, le taux d'attaque secondaire au sein de clusters intrafamiliaux était d'environ 15% chez les enfants, similaire à celui observé chez les adultes, et le taux d'infection chez les enfants de moins de 10 ans (7,4%) était similaire à la moyenne de la population (7,9%)».

«Les données de la Corée du Sud et de l'Islande – pays ayant entrepris des tests

communautaires à grande échelle – suggèrent un taux d'infection significativement plus faible chez les enfants de moins de 10 ans (6,7%) que chez ceux de plus de 10 ans (14%)», soulignent les auteurs. Ils notent également que le nombre global de cas pédiatriques de Covid-19 rapportés dans le monde est toutefois faible, représentant 1 à 5% de l'ensemble des cas de COVID-19 diagnostiqués: 2% des cas en Chine âgés de 0 à 19 ans; 1,8% des cas en Italie âgés de 0 à 19 ans; 1,7% des cas aux États-Unis âgés de moins de 18 ans. En France, fin avril, on notait moins de 1,5% des cas rapportés dans la tranche d'âge 0 à 19 ans.

«La raison principale de cette faible proportion des cas pédiatriques est que les enfants infectés par le SARS-CoV-2 sont le plus souvent asymptomatiques ou présentent des formes peu graves, dans près de 95% des cas, et sont donc moins susceptibles d'être testés», résume SpF. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés chez l'enfant sont: fièvre, toux, rhinorrhée, diarrhée, nausées ou vomissements, et près de deux-tiers des enfants présentent des signes d'atteinte pulmonaire à l'imagerie, sans signe de gravité clinique.

Les formes graves et la létalité chez l'enfant apparaissent «exceptionnelles» même si elles semblent un peu plus fréquentes chez les très jeunes enfants. Aucun décès rapporté chez les moins de 10 ans en Chine et en Corée du Sud. En France, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 24 avril 2020, les cas de moins de 18 ans représentent 0,16% des cas hospitalisés (n = 86657) et 0,04% des décès (n= 13 852) survenus à l'hôpital.

Il apparaît que la majorité des enfants infectés l'ont été par l'intermédiaire d'une exposition intrafamiliale à un cas suspecté ou confirmé chez un adulte. La transmission à partir d'enfants infectés, éventuellement asymptomatiques, est théoriquement possible mais ne semble pas avoir été observée. On sait aujourd'hui que chez les personnes infectées, la durée d'excrétion du virus peut être approchée par la détection du SARS-CoV-2 par RT-PCR dans différents prélèvements. Chez les enfants, le délai médian rapporté de détection du SARS-CoV-2 dans les prélèvements nasopharyngés est de douze jours après le diagnostic (6-22 jours). «Une excrétion prolongée dans les selles, en l'absence de diarrhée, est fréquemment retrouvée chez près de 80% des enfants, jusqu'à 30 jours après le diagnostic et

2 semaines après négativation des prélèvements nasopharyngés», notent les auteurs. Ce qui laisse suggérer la possibilité d'une transmission fécale prolongée – sans pour autant que l'on sache précisément si le virus détecté dans les selles par RT-PCR est infectant ou non (et sans qu'il soit aujourd'hui possible d'estimer le poids de la transmission fécale liée à cette excrétion). Des études supplémentaires seront nécessaires pour faire la lumière sur ce point.

Plus généralement, il est actuellement très difficile d'évaluer la circulation du virus dans cette population à partir des seules connaissances produites lors de la première phase épidémique. Corollaire: l'appréciation du rôle des enfants lors de la phase de «déconfinement» est à ce stade des connaissances «très incertaine». «Pour ce qui est des mesures de distanciation sociale, les études de modélisation indiquent que l'effet de la fermeture des écoles sur l'atténuation du pic épidémique est limité, mais que le maintien à un niveau contrôlé de la transmission passe par le maintien prolongé de cette fermeture, résume SpF. Il n'existe pas d'études disponibles évaluant l'effet spécifique de la réouverture des écoles.»

Les recommandations disponibles indiquent d'autre part que la réouverture des écoles doit être accompagnée de mesures de prévention pour limiter la transmission communautaire: l'éviction des enfants symptomatiques ou contacts; l'adaptation des mesures «barrières» et de distanciation sociale à l'âge des enfants accueillis; la mise en place de mesures environnementales spécifiques.

On mesure aisément, dans un tel contexte, la complexité des opérations à mettre en œuvre au moment du déconfinement dans une optique de réduction des risques. «L'ensemble des acteurs locaux devraient être formés et disposer de ressources éducatives adaptées à l'âge des enfants, soulignent les auteurs. Des stratégies de marketing social ou de “nudge” pourraient être utilisées. Et la mise en place d'un environnement favorable à la prévention de la propagation du virus au sein des écoles doit être cohérente avec les mesures de prévention mises en œuvre au domicile des enfants.»

Bien évidemment, l'apprentissage des gestes «barrières» par les enfants apparaît être une stratégie positive pour les impliquer en tant que «promoteurs/défenseurs de la prévention». Sans oublier que des mesures spécifiques pour prévenir la stigmatisation et soutenir la santé mentale devraient être déployées. En France, à l'heure où nous écrivons ces lignes, une grande majorité de parents et d'enseignants sont inquiets des annonces de la réouverture progressive des crèches et des établissements scolaires. Et cette inquiétude se double d'une autre: la fermeture des écoles et le confinement strict (mesures jugées indispensables à la gestion de l'épidémie) du fait de l'impact qu'ils entraînent sur les déterminants psycho-sociaux, sociaux et environnementaux de la santé, pourront avoir eu des conséquences sur la santé physique, mentale et le bien-être des enfants.

1 Covid-19 chez l'enfant (moins de 18 ans). Etat des lieux de la littérature en amont de la réouverture annoncée des crèches et des écoles. Synthèse rapide. Santé publique France, 6 mai 2020.

### LES FORMES GRAVES ET LA LÉTALITÉ CHEZ L'ENFANT APPARAISSENT «EXCEPTIONNELLES»



© istockphoto/skymesh

## MISCELLANÉES MÉDICAMENTEUSES ET CORONAVIRALES

JEAN-YVES NAU  
jeanyves.nau@gmail.com

### Effets du confinement français sur la consommation pharmaceutique

C'est une étude originale de pharmaco-épidémiologie.<sup>1</sup> Menée conjointement par l'Agence nationale française de sécurité du médicament (ANSM) et la Caisse nationale française d'assurance maladie (Cnam), elle a porté sur la dispensation de médicaments remboursés sur ordonnance en pharmacie d'officine depuis le début de l'épidémie de Covid-19 en France. Réalisée à partir des données nationales de remboursement de l'Assurance maladie, elle avait notamment pour objectif de caractériser les comportements de consommation des Français vis-à-vis des médicaments prescrits – que ces médicaments soient en lien ou non avec le Covid-19 – dans le contexte

particulier du confinement décidé et imposé par le gouvernement français.

Cette étude compare, pour 58 classes thérapeutiques, le nombre de personnes ayant eu une délivrance remboursée en pharmacie d'officine chaque semaine depuis mars 2020 par rapport au nombre « attendu » estimé sur la base de la même période en 2018 et 2019. « L'épidémie de Covid-19 a déstabilisé temporairement le système de soins pour la prise en charge des autres pathologies, écrivent les auteurs. Et ce malgré le recours aux téléconsultations qui ont pu pallier partiellement et amortir des difficultés pour de nombreuses situations – et malgré la possibilité réglementaire depuis le 20 mars d'utiliser des ordonnances « périmées » pour renouveler des traitements de maladies chroniques. »

Les auteurs observent, au début du confinement, un stockage par les patients de médicaments prescrits pour des pathologies

chroniques, notamment les traitements des pathologies cardiovasculaires (antihypertenseurs, statines...) et du diabète (insuline et antidiabétiques oraux), des troubles mentaux (antidépresseurs, anxiolytiques...), de maladies neurologiques (épilepsie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...), endocriniennes (dysthyroïdie) ou respiratoires (asthme,

broncho-pneumopathie chronique obstructive). Puis, après ce stockage initial de médicaments pour les pathologies chroniques, la semaine 15 a été marquée par une sous-consommation, avant un retour vers une consommation normalisée en semaine 16. « Pour les traitements dont l'administration nécessite impérativement le recours physique à un professionnel de santé, il y a eu un effondrement de la consommation sur toute la période des cinq semaines de confinement, soulignent les



© istockphoto/ctu

### COVIDWATCH Traitement anti-androgène : facteur de protection ?

Les auteurs ont analysé 9280 patients avec une infection confirmée à SARS CoV-2 dans 68 hôpitaux de la province du Venetio en Italie et analysé leurs maladies sous-jacentes et leur devenir.

Il ressort de l'étude que :

- Les femmes sont infectées avec une prévalence de 58% contre 44% pour les hommes. Cependant, les hommes sont plus fréquemment hospitalisés (60% contre 40%), nécessitent plus fréquemment des soins intensifs (78% contre 22%), et présentent une issue fatale plus fréquente (62% contre 38%). Ces observations confirment celles déjà observées dans d'autres études.
- Parmi les 9280 patients, 786 (8,5%) avaient un diagnostic de

cancer sous-jacent, dont 118 cancers de la prostate (2,3% de la population des 4532 hommes). L'âge des patients avec cancer de la prostate (ca P) n'était pas différent de celui des patients avec d'autres cancers.

- Parmi les 118 patients avec ca P analysés selon leur mode de traitement, seuls 4 patients sous traitement anti-androgène (TAD) ont développé une infection SARS CoV-2 (risque significativement inférieur comparé aux 114 patients sans TAD, OR 4,05, et significativement inférieur comparé aux 786 patients avec tout type de cancer OR 5,17).
- Les patients avec ca P sous TAD ont un risque moindre de développer une infection SARS CoV-2 et un meilleur pronostic.

**Commentaire :** Pour pénétrer dans les cellules, SARS CoV-2 se fixe par sa protéine S sur les récepteurs ACE2 présents sur les cellules respiratoires. Une sérine protéase transmembranaire, la TMPRSS2, clive ensuite la protéine S et permet l'entrée et la fusion du virus dans la cellule. TMPRSS2 est présente dans le tissu prostatique et dans le tissu pulmonaire. Son expression est régulée par le récepteur des androgènes (RA). TMPRSS2 est hyper-exprimée dans les ca P localisés et métastatiques, d'où les TAD. Le fait que le RA est responsable de la production de TMPRSS2 pourrait expliquer en partie la susceptibilité accrue des hommes à développer des infections plus

sévères que les femmes, et, à l'inverse, que les traitements anti-androgène semblent avoir un effet protecteur. Les auteurs suggèrent que ces observations pourraient avoir des conséquences thérapeutiques (et prophylactiques ?) dans l'infection à SARS CoV-2.

**Pr Michel Glauser**

Route des Briesses  
3963 Crans-Montana  
michel.glauser@me.com

Androgen-deprivation therapies for prostate cancer and risk of infection by SARS-CoV-2: a population-based study (n=4532). Montopoli M et al. *Annals of Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.04.479>

auteurs. Effondrement qui persistait en semaine 16: -35% à -71% pour les vaccins; -40% pour le traitement ophtalmologique de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), -68% pour les dispositifs contraceptifs intra-utérins (DIU, stérilets) avec progestatif.»

De la même manière, les produits destinés aux actes diagnostiques médicaux ont également connu une forte baisse: préparations pour coloscopie (-82%), produits iodés pour scanner (-66%), produits de contraste pour IRM (-67%). De ce point de vue, les spécialistes estiment que les examens non pratiqués, indispensables pour diagnostiquer certains cancers ou maladies graves en poussée, pourraient entraîner des retards de prise en charge.

Cette étude s'intéresse aussi, «pour le traitement du Covid-19», aux «achats sur prescriptions médicales de chloroquine et hydroxychloroquine». Elle observe qu'ils ont été limités dans le temps, «en lien avec la médiatisation de ce traitement potentiel (pics respectivement le 27 février et le 8 mars)». L'association hydroxychloroquine et azithromycine, qui n'était qu'exceptionnellement utilisée avant l'épidémie de Covid-19, a bondi de 7000% en semaine 13 pour atteindre environ 10 000 patients, soulignent les auteurs. Quant à la dispensation d'ibuprofène, elle a été quasiment arrêtée à la suite des messages des autorités sanitaires. Dans le même temps, «la délivrance sur ordonnance de paracétamol a atteint jusqu'à 1 million de patients par jour le 16 mars».

Ce travail établit que c'est plus fréquemment chez les personnes résidant dans les zones favorisées socialement qu'on observait une tendance à un plus grand recours à l'hydroxychloroquine (seule ou associée à l'azithromycine) pour le Covid-19. «Les enfants ont été peu médicalisés durant le confinement, observent encore les auteurs. Ce constat peut s'expliquer par un possible effet de l'arrêt de la circulation de tous les virus (hors SARS-

CoV-2) et autres agents infectieux avec la fermeture des crèches et établissements scolaires, mais aussi une moindre vaccination et une baisse importante de certaines prises en charge. Pour la contraception d'urgence et la procréation médicalement assistée, on observe une moindre prise en charge qui perdure depuis le début de l'épidémie de Covid-19.»

### Chlorpromazine: un essai clinique contre le Covid-19

Le groupe hospitalier Paris Psychiatrie & Neurosciences Sainte-Anne vient d'annoncer le lancement de l'étude reCoVery<sup>2</sup> visant à évaluer la pertinence de la chlorpromazine (Largactil) dans le traitement du Covid-19. Le célèbre anti-psychotique découvert il y a près de 70 ans pourrait-il diminuer l'évolution défavorable de l'infection lorsqu'il est administré dès l'apparition des signes respiratoires? Pourrait-il aussi réduire la contagiosité du SARS-CoV-2?

«Nous avons observé une incidence moins importante de formes symptomatiques de Covid-19 chez les patients (environ 4%) que dans notre personnel soignant (environ 14% des infirmiers et médecins), expliquent les promoteurs de cet essai clinique original. Des retours similaires nous sont donnés par les unités psyCOVID en France et à l'étranger.»

Ces observations les ont amenés à formuler l'hypothèse que la chlorpromazine (CPZ) pourrait avoir une action prophylactique sur le SARS-CoV-2 et protégerait les patients des formes symptomatiques et virulentes de cette infection. Cette hypothèse est cohérente avec les propriétés antivirales connues de la CPZ. En plus de ses effets antipsychotiques classiques, plusieurs études in vitro ont également démontré une activité antivirale de cette phénothiazine via l'inhibition de l'endocytose dépendante des clathrines. Récemment, des études ont révélé un effet anti-MERS-CoV

et anti-SARS-CoV-1 de la CPZ. L'étude reCoVery sera un essai thérapeutique pilote de phase III multicentrique, randomisé, contrôlé (traitement standard vs CPZ + traitement standard) et en simple insu.

1 Usage des médicaments en ville durant l'épidémie de Covid-19: point de situation après cinq semaines de confinement. Agence nationale française de sécurité du médicament (ANSM). 4 mai 2020.  
2 Plaze M, Attali D, Petit A-C, et al. Repositionnement de la chlorpromazine dans le traitement du Covid-19: étude reCoVery Encephale. 2020 Apr 29 DOI: 10.1016/j.encep.2020.04.010

La Fondation Cœur de la Tour annonce :

## UN PRIX DE RECHERCHE CARDIOVASCULAIRE

Ce prix annuel, créé en 2006, récompense un projet de recherche clinique publié ou accepté pour publication en 2019/2020, dans un journal à politique éditoriale. Dix mille francs suisses seront attribués au premier auteur de la publication choisie.

Les candidat(e)s doivent travailler en Suisse dans le domaine clinique de la médecine cardiovasculaire ou être de nationalité suisse travaillant à l'étranger pour leur formation postgraduée. Seules les publications concernant la recherche clinique seront prises en compte.

Les manuscrits doivent être soumis avant le 30 octobre 2020 et l'évaluation des travaux sera faite par un jury de 5 membres. Chaque candidat(e) ne peut soumettre qu'un seul manuscrit. Le (la) lauréat(e) sera averti(e) en janvier 2021 et invité(e) à donner une présentation orale de son travail lors du colloque mensuel du Dépt Cardiovasculaire de l'Hôpital de la Tour au printemps 2021 à Genève.

### Adresse pour soumission :

Dr Philip Urban, président du Jury  
Fondation Cœur de la Tour  
Av. Maillard 1 – 1217 Meyrin  
info@coeurdelatour.ch

 **CŒUR DE LA TOUR**  
FONDATION POUR LA RECHERCHE  
CARDIOVASCULAIRE

1009120

# Science et doutes: le bazar

**I**l était un savant de Marseille qui, depuis son bain de bulles, affirmait que la pandémie commençante serait moins mortelle que les accidents de trottinette. Il savait, avec certitude. Le même savant annonce ces jours la fin imminente de la pandémie. Il sait, là encore. Et c'est lui qui, enveloppé dans son immense savoir et téléguénisé par son look ésotérico-rebelle, a entraîné le monde sur la piste savonneuse d'un antimalarique miracle. Avec ses disciples (groupe qui comprend une partie non négligeable de l'humanité, quantité de chefs d'État, plein de professeurs et de médecins de tous poils, et un quarteron de spécialistes fumeux), il affronte les autres, l'élite, les «bien-pensants», affirmant que l'urgence pandémique exige d'abandonner la servitude de la méthode et de l'éthique de la recherche scientifique. S'imposerait donc, selon lui, l'instinct, le savoir infus. Quand quelqu'un se noie, on lui lance une bouée, sans d'abord vérifier son efficacité, ou encore, quand on saute d'un avion, on utilise un parachute, même s'il n'a jamais fait l'objet d'une recherche contre placebo (cet argument prend au sérieux un article du *BMJ* sur le sujet, publié dans l'un des numéros de Noël connus pour servir de défouloir annuel à l'humour british). Certes, mais comment savoir qu'on a bien affaire à une bouée ou un parachute? Le gourou, lui, sait.

En conséquence, tout a été fait à l'envers. Courant derrière l'engouement international, quantité d'études ont été lancées, impliquant des dizaines de milliers de patients dans le monde, sans coordination, avec des protocoles souvent bâclés. Il a fallu trois mois d'un immense effort pour que la marge d'ignorance se resserre. Résultat: l'antimalarique n'est en tout cas pas le médicament-miracle annoncé, celui qui devait sonner la «fin de partie» (selon le savant) ou s'imposer en «*game changer*» (selon un autocrate narcissique nord-américain). Mais l'argent et l'énergie drainés par ces études (sans compter la difficulté à recruter les patients: personne ne voulant plus prendre le risque de se trouver dans un bras autre ou placebo) ont empêché de tester d'autres hypothèses intéressantes, à l'efficacité a priori autant, voire davantage plausible. Un immense gâchis.

Comment une telle flambée d'irrationnel a-t-elle pu se mondialiser à la vitesse de la pandémie elle-même? Pour le comprendre, il faudrait analyser les ressorts archaïques qui meuvent les humains, même à l'ère des réseaux sociaux. Besoin de croire, trames émotionnelles,

attachement à la figure sacrée de la victime (le savant persécuté), violence mimétique anti-science et anti-establishment? Les technologies de l'information sont de formidables machines à amplifier les vieux modèles.

A quoi se reconnaît un pseudo-scientifique? A ceci: il sait. Si quelqu'un dit «Je sais que», une chose est certaine: il ne sait pas. Il est soit infatué, soit incompetent. Mais l'infatué ne cherche pas à savoir. Et savoir qu'on est incompetent demande d'être compétent. L'erreur touche tous les scientifiques. Sauf que l'esprit scientifique se reconnaît au fait d'admettre son erreur.

Étrange démarche que la science. Puissante, parce qu'elle a prise sur le réel, mais en même temps fragile et humaine. Une proposition scientifique n'est pas une proposition vraie, mais falsifiable. Elle ne prétend pas à l'infaillibilité: au contraire, la science consiste à mettre elle-même en danger ce qu'elle affirme. Elle accepte et même chérit ses failles par lesquelles elle reste ouverte à la contestation. Ce sont les croyances qu'on ne peut contester. Elles disent le vrai (qui l'est peut-être) mais sans donner les moyens à des contestataires d'entrer dans leur système et de répondre: «vous avez tort, voilà pourquoi». Ce n'est d'ailleurs pas le vrai que la science recherche, mais le: «plus vrai que». Elle vit dans le provisoire. Du doute, elle fait sa force.

Mais certains doutes sont factices. Car il existe une réalité, que la science peut malgré tout désigner. Par exemple: la Terre est sphérique. Le vivant résulte d'une transformation, d'une évolution. Ou encore, le Covid est dû à un virus. Même si la vérité qui est ainsi affirmée n'est que partielle, les preuves touchent le dur du réel.

Entre la science et la démocratie, multiples sont les liens et connivences. L'une ne peut exister sans l'autre. Toutes deux sont guettées par un même phénomène: l'instrumentalisation. Les deux ont besoin de transparence et d'éthique. Elles reposent sur des processus de respect, de collaboration, d'échanges, elles sont fondées sur le doute et l'incertain. Elles vivent de la même fragilité, sont menacées par les mêmes personnes et les mêmes perversions. Par exemple, l'arrogance narcissique, le mensonge et la négation du réel.

Dans un domaine aussi complexe et nouveau que la pandémie au Covid, il est normal que les décisions procèdent par allers et retours, par tâtonnements. Différentes méthodes et savoirs scientifiques doivent se conjuguer. La manière d'évaluer un traitement clinique est bien codifiée.

Mais une pandémie se joue aussi selon d'autres registres. Il y a les mesures qui visent les comportements, avec leurs incertitudes – distanciation (un mètre ou deux mètres?), masques (obligatoires ou pas?) – ou encore l'hygiène, ou le sociétal – fermeture des écoles? des magasins? – ou la prévision – deuxième vague ou pas? – qui font appel à la virologie, à l'épidémiologie, à la comparaison entre pays et régions. Tout cela s'évalue par des méthodes mal codifiées où interviennent des rapports culturels, des questions de compréhension par la population ou de confiance dans les autorités publiques.

En même temps, le mensonge progressant, plus rien ne semble solide. Le sol des faits se dérobe. Ainsi, pour comparer les effets des politiques suivies, les données les plus cruciales concernent les décès. Mais justement: dans ce domaine, les chiffres sont de plus en plus flous. La Chine ne les donne pas ou ment. Aux États-Unis, le génie permanent et son parti se mettent, par calcul politique, à accuser les démocrates de les gonfler. Certains pays ne comptabilisent pas, ou pas encore, les vieux qui décèdent en institution. Et tout cela devient un enjeu de prestige et de soft power, en prévision du jour où se feront les comptes et comparaisons.

D'où la fragile défense des décisions politiques face aux multiples attaques. Les mesures prises ont beau être efficaces, importantes, ce sont leurs failles qui sont exhibées et attaquées. S'y engouffrent les chasseurs d'obscurs complots, les adeptes de l'antiscience qui ne croient ni à l'évolution ni au changement climatique ni à la dangerosité de la pandémie, les libertaires qui n'acceptent que leur liberté. Et, pire encore, bien plus grave, plus troublant, les autocrates autocentrés qui mènent les grandes puissances du monde à leur seul profit.

Nous nous trouvons à la croisée des chemins. Le choix est entre le refus de la complexité et l'affirmation de la vérité de gourou, d'un côté. Et l'éducation des gens à l'incertain et au doute, à la science et à la démocratie comme fragiles valeurs, de l'autre. Il est entre un monde – et chaque pays, et chaque esprit – de plus en plus fermé et cloisonné. Ou, à l'opposé, une volonté de collaboration et d'ouverture. D'un côté, une immense régression, de l'autoritarisme, de la soumission et une paralysie devant la réalité qui s'annonce. De l'autre, une aventure ouverte, coalisant l'humanité, seule manière libre et réaliste d'affronter le futur.

Bertrand Kiefer

# DOCTEUR, J'AI...

STRATÉGIES DIAGNOSTIQUES ET  
THÉRAPEUTIQUES EN MÉDECINE  
AMBULATOIRE

Sous la direction de  
Marc-André Raetzo et  
Alexandre Restellini

4<sup>e</sup> édition revue et augmentée

836 PAGES  
FORMAT : 16.5 X 23.5 CM  
ISBN : 9782880494261  
2018



## DOCTEUR, J'AI...

Sous la direction de Marc-André Raetzo et  
Alexandre Restellini

L'originalité du désormais classique *Docteur, j'ai* est de reconstruire une consultation médicale idéale sur la base d'exigences *evidence based medicine*.

Lorsqu'il arrive au cabinet médical, tout patient se plaint, avec ses propres mots, de symptômes divers plus ou moins précis, plus ou moins graves. Par où commencer devant ce patient ? Quelles sont les questions importantes à (se) poser ? Quels examens pratiquer ? Que prescrire ? Dans quel cas s'inquiéter immédiatement ? Comment faire tout ce qui est nécessaire, mais uniquement ce qui est nécessaire ?

Les plaintes les plus courantes sont regroupées ici, réparties en huit thèmes ou régions du corps. Questions essentielles, examens physiques et examens complémentaires répartis sur plusieurs consultations ont pour but de guider le praticien dans la prise de décision.

Les auteurs, médecins hospitaliers comme spécialistes installés, mais aussi psychothérapeutes, ont un souhait : que ce livre donne à chaque médecin, pour chaque patient, des bases solides pour la recherche d'information et la prise de décision.

## COMMANDE

Je commande :  
\_\_\_ ex. de **DOCTEUR, J'AI...**

CHF 79.- / 69 €

Frais de port offerts pour la Suisse.  
Autres pays : 5 €

**En ligne :** boutique.revmed.ch  
**e-mail :** livres@medhyg.ch  
**tél :** +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55  
**ou retourner ce coupon à :**  
Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg  
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa  Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

# PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS

*Un soignant sur dix lira ce livre... bientôt les neuf autres risquent de le consulter*

**Laurent Seravalli,  
Pamela Indino-Bambi,  
Caroline Zosso**

132 pages  
Format: 11.5 x 18 cm  
18 CHF, 16 €  
ISBN: 9782880494612  
© 2020



**RMS**  
EDITIONS



## PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS

**Laurent Seravalli, Pamela Indino-Bambi, Caroline Zosso**

Vous ne savez plus comment conjuguer vie familiale et activité professionnelle ?

Vous adorez votre métier... mais détestez votre travail ?

Vous présentez un épuisement psychique majeur après seulement quelques mois de travail dans un nouveau service ?

Dans un ouvrage unique, trois soignants-auteurs du mettent en commun les fruits de leurs formations, de leurs compétences et de leurs expériences afin de vous aider à garder ou à retrouver votre cap au sein du relief accidenté du système de santé dans lequel vous évoluez. Que vous soyez à la recherche de réponses à vos questions afin de poursuivre votre route dans les meilleures conditions possibles, ou que vous vous sentiez perdu·e au milieu de votre itinéraire de vie, ce livre ne répondra pas seulement à vos attentes: il changera votre compréhension de vous-même et du monde qui vous entoure.

## COMMANDE

Je commande :

\_\_\_ ex. de **PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS**

CHF 18.- / 16 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays: 5 €

**En ligne:** boutique.revmed.ch

**e-mail:** livres@medhyg.ch

**tél:** +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

**ou retourner ce coupon à :**

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg  
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse .....

.....

.....

Date et signature .....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa  Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration: .....