

LU POUR VOUS Quelle précision dans notre capacité à estimer une probabilité diagnostique?

La capacité à estimer la probabilité d'une pathologie, avant ou après la réalisation d'exams, est essentielle dans la démarche du raisonnement clinique; mais les données récentes indiquent que les soignants ne prennent pas systématiquement en compte ces probabilités. Cette étude étagée multicentrique a cherché à évaluer la précision de soignants de premier recours (médecins MD ou équivalent, médecins en

formation postgraduée et infirmiers cliniciens) à estimer, sur la base de scénarios fictifs, les probabilités prétest et post-test d'une pathologie. Les scénarios concernaient la pneumonie (radiographie), l'ischémie cardiaque (test d'effort), le cancer du sein (mammographie) et l'infection urinaire (culture d'urine). Ces probabilités étaient ensuite comparées à ce que la littérature récente amène comme consensus. Des rapports de vrai-

semblance (RV) calculés sur la base de ces questionnaires étaient également étudiés. Les résultats montrent que les praticiens ont surestimé de 2 à 10 fois la probabilité de la maladie par rapport aux preuves scientifiques, tant avant (prétest) qu'après les examens (post-test). À titre d'exemple, l'estimation médiane de probabilité prétest d'une pneumonie était de 80% chez les sujets contre 25 à 42% selon le comparatif tiré des évidences scientifiques ($p < 0,001$). Concernant les RV calculés, ceux-ci s'avéraient plus précis et montraient ainsi une meilleure capacité à ajuster la probabilité en fonction des résultats d'un test.

Commentaire: Notre capacité à estimer la présence d'une pathologie avant et après réalisation de tests est fondamentale. Cette étude montre que les soignants,

souvent influencés par des biais (ancrage, confirmation, etc.) ont tendance à surestimer la prévalence de pathologies courantes avec comme conséquence un surdiagnostic, voire un surtraitement. Connaître la prévalence des pathologies courantes et déduire une probabilité de maladie est essentielle à notre raisonnement et s'inscrit dans une démarche «less is more».

Dr Lionel Koehli

Unisanté, Lausanne

Coordination: Dr Jean Perdrix,
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Morgan DJ, et al. Accuracy of practitioner estimates of probability of diagnosis before and after testing. *JAMA Intern Med* 2021:e210269. doi:10.1001/jamainternmed.2021.0269



© istockphoto/utah778

CARTE BLANCHE
GOVERNANCE (IR) RESPONSABLE ET SANTÉ


Dr Jean Martin

La Ruelle 6, 1026 Echandens
jeanmartin280@gmail.com

L'acceptation populaire de l'initiative pour des entreprises responsables (mise au panier faute de majorité des cantons) a montré le potentiel de la mobilisation de la société civile. Ce qui a suscité de vifs émois dans des milieux de l'économie qui ont souhaité voir museler certaines voix au motif qu'elles se mêlaient de politique... (!?) Quelle raison honorable peut-il y avoir de s'opposer à ce que la collectivité soit informée des

bonnes choses et des choses plus discutables qui, par des entreprises suisses, se font au plan international en matière de coopération ou au contraire d'exploitation indue et de corruption?

Comme un écho: dans le magazine *Time* du 26 avril dernier, titré «Climate is Everything», un article de William Nordhaus, Prix Nobel d'économie 2018, «The Ninth Circle of Corporate Irresponsibility» – référence au 9^e Cercle de l'Enfer chez Dante. Nordhaus va publier «The Spirit of Green», un livre autour des dégâts environnementaux et du réchauffement climatique, discutant ce qu'il appelle des nouvelles frontières en matière de technologies, d'éthique, de taxes et finance. Extraits (ma traduction): «La responsabilité sociale est un développement majeur dans

le «corporate management». Les entreprises doivent être plus que des machines à faire de l'argent, elles sont aussi des citoyens sociétaux (sic) avec des obligations, y compris éthiques. Cette responsabilité reconnaît que le profit peut être une boussole trompeuse. La Vision verte (Green View) met l'accent sur les externalités, les conséquences non voulues de l'activité industrielle. Ces débordements (spillovers) incluent la pollution de l'air, les déchets toxiques et les gaz à effet de serre. Nos processus politiques s'avèrent incapables de prévenir ces effets délétères et d'accorder des compensations à ceux qui sont touchés/blessés.» Il déplore l'absence d'action adéquate par les décideurs. «Ce manque de protection peut découler d'une incertitude au plan scientifique, d'intérêts

particuliers, de politique partisane ou de l'insuffisance grave, internationalement, d'un filet de protection sociale adéquat – ou de tout cela à la fois.» «La responsabilité entrepreneuriale est particulièrement importante en cas d'incertitudes technologiques. À quel point l'amiante et le tabac, les gaz d'échappement, les combustibles fossiles, sont-ils dangereux? Les compagnies concernées sont celles qui connaissent le mieux les effets de leurs activités, elles ont donc une responsabilité spéciale d'informer correctement et de protéger. Nous avons besoin d'un guide (comme Virgile dans le récit de Dante) qui nous mènerait dans les différents cercles de l'inconduite entrepreneuriale. Le premier cercle de l'enfer est l'attrait du gain; le second est fait des pollueurs; le troisième rassemble

CC by MHEMS



les lobbyistes qui s'activent à démolir les réglementations mises en place. Au neuvième cercle, nous trouvons les compagnies qui fournissent en connaissance de cause des informations trompeuses. Elles subvertissent la science et elles tuent leurs clients. Certaines de ces entreprises ont connu des déboires mais d'autres passent entre les

gouttes. Elles ne doivent être ni oubliées ni pardonnées.» Fortes paroles... On aimerait que cela soit des méchancetés par des anarchistes insensibles aux soucis et contraintes de l'économie et oublieux des merveilles dont elle nous comble... ce n'est pas le cas. Si juste.

Dans ce débat, il importe

de parler des «causalités imparfaites» (imparfaitement prouvées). Elles ont été évoquées le 14 avril dernier par Marie Gaille, philosophe française qui se penche excellemment sur les relations santé-environnement, invitée par l'Université de Lausanne. Cela a rappelé au vieux que je suis une vigoureuse prise de position,

vers 1980, du DG de l'époque de l'OMS, le Danois Halfdan Mahler (un bon, un engagé). Il soulignait que, pour des gens de santé publique, il n'y avait pas lieu d'attendre que les «dernières» preuves soient réunies pour entreprendre, pour agir contre des facteurs délétères dans un sens de prévention, respectivement de limitation des dégâts. L'exquis souhait d'attendre les confirmations ultimes a un côté académique séduisant, mais il fait superbement le jeu de tous les marchands de doutes et de mensonges qui ont beau jeu alors de plaider – tout en y consacrant des sommes sans limites... – pour la procrastination ou pire l'inaction – bloquant ainsi les messages et démarches salutogénétiques. Y penser en déposant son bulletin de vote le 13 juin.

DÉPENDANCES EN BREF Service de médecine des addictions, CHUV, Lausanne

Arrêt du traitement par opioïdes et mortalité

L'arrêt du traitement par opioïdes pour des douleurs chroniques en médecine de premier recours est associé à une mortalité par surdoses consécutive.

Les registres des opioïdes et d'autres stratégies de pharmacovigilance ont pour but de réduire les conséquences liées à la consommation d'opioïdes chez les personnes recevant un tel traitement à long terme (long-term opioid therapy - LTOT) pour des douleurs chroniques. Une surveillance renforcée peut conduire à un arrêt d'un LTOT pour des raisons de sécurité. Toutefois, le devenir des patients après l'arrêt d'un LTOT est inconnu. Cette étude de cohorte rétrospective a examiné le registre des opioïdes d'une clinique de médecine de premiers recours en milieu urbain, incluant 572 patients ayant reçu un LTOT entre 2010 et 2015. La mortalité, l'usage d'opioïdes prescrits et les visites cliniques en médecine de premier recours sont

comparés entre un groupe de personnes ayant arrêté son LTOT et un autre de personnes l'ayant poursuivi.

- Trois quarts des patients avaient des maladies psychiatriques, un quart avait un trouble lié à l'usage de substances et des pathologies chroniques étaient fréquentes.
- 60% des patients ont arrêté leur LTOT durant la période étudiée.
- L'arrêt du LTOT était principalement initié par les médecins (80%) et non par les patients.
- La mortalité globale dans cette cohorte était de 20% (4,7 pour 100 personnes/année) avec 4% décédant d'une surdose avérée ou suspectée.
- L'arrêt du LTOT était significativement associé avec le décès par surdose (hazard ratio: 2,9).
- Parmi les patients ayant interrompu leur LTOT, trois quarts ont reçu une nouvelle prescription d'opioïdes par d'autres prescripteurs et seulement la moitié a maintenu son suivi de médecine de premiers recours dans la clinique étudiée.

Commentaire: Dans cette

cohorte, le risque de surdose était élevé après l'arrêt d'un LTOT. La méthodologie ne peut pas établir une relation de cause à effet entre l'arrêt du LTOT et le décès par surdose survenu ensuite, mais il y a de bonnes raisons de s'inquiéter. La meilleure stratégie pour répondre à des comportements alarmants révélés par le monitoring n'est pas claire. Toutefois, les cliniciens ont besoin d'outils comprenant des options afin de traiter les troubles liés à l'usage

des opioïdes et un plan de gestion complet de la douleur pour améliorer la sécurité du patient.

Dre Angéline Adam
(traduction française)

Aaron D. Fox, MD
(version originale anglaise)

James JR, Scott JM, Klein JW, et al. Mortality after discontinuation of primary care-based chronic opioid therapy for pain: a retrospective cohort study. *J Gen Intern Med* 2019;34:2749-55.



© istockphoto/Darwin Brandis