

Décision partagée en Suisse: accent sur le dépistage des cancers

Dr KEVIN SELBY et Pr JACQUES CORNUZ

Rev Med Suisse 2019; 15: 2004-5

SITUATION NATIONALE

Le système de santé suisse se distingue par une gouvernance décentralisée, l'autonomie des médecins pour leur pratique et des franchises élevées pour les patients. En comparaison avec les pays voisins, la situation de médecine de famille en Suisse est particulière par le fait que le temps de consultation facturable peut aller au-delà de 15 minutes. Ces conditions sont propices au processus de décision partagée, la durée de consultation n'étant pas une barrière réhibitoire. Les indicateurs montrent par ailleurs que les patients sont globalement satisfaits de leur niveau d'implication dans leurs soins.¹

La situation actuelle en Suisse est favorable au développement de la décision partagée en médecine. L'Association des médecins suisses (FMH) a déclaré en 2014 que la décision partagée était «le modèle idéal de prise de décision dans le contexte clinique», et a, récemment, défini des critères de qualité pour les aides à la décision.² En outre, la capacité d'effectuer un entretien de type décision partagée est devenue une compétence de base à enseigner dans les facultés de médecine suisse et à évaluer lors de l'examen fédéral de médecine. Enfin, le programme 74 du Fonds national de la recherche, intitulé *Smarter medicine*, a spécifiquement inclus la notion de la décision partagée dans l'appel d'offres.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les recommandations cliniques pour le dépistage du cancer colorectal proposent le choix entre la recherche de sang occulte dans les selles (FIT : test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles) et la colonoscopie. En Suisse, on observe que la majorité des médecins prescrivent uniquement des colonoscopies et peu de FIT, ce qui suggère que cette majorité ne propose probablement pas un choix d'examen à leurs patients.³ Une étude menée dans le réseau national des

généralistes Sentinella a par ailleurs démontré une grande variabilité entre médecins dans la proportion de patients testés par chaque méthode. Une récente recherche montre que le fait d'avoir au moins 1 patient sur 40 testés par FIT est associé à des taux de dépistage plus élevés (figure 1).⁴ Ces résultats confirment l'intérêt de l'approche adoptée par le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal d'informer l'ensemble de la population éligible quant au choix entre la colonoscopie et le FIT. Deux essais cliniques sont actuellement menés en Suisse afin d'évaluer l'impact d'une approche basée sur la décision partagée afin d'augmenter la prescription du FIT par les médecins généralistes, l'une au sein du réseau de médecins Sentinella et l'autre dans des cercles de qualité de médecins.

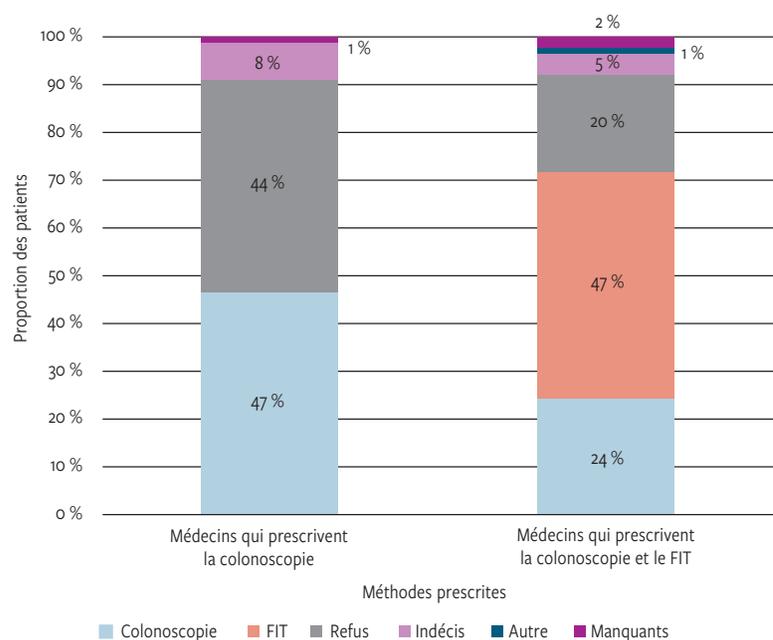
DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Alors que le dépistage du cancer colorectal se base sur un niveau de preuve scientifique élevé quant à son efficacité, l'impact du dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) reste sujet à controverse. Pour rappel, un essai clinique avec 16 ans de suivi a certes montré une diminution de 20% de la mortalité spécifique du cancer de la prostate (risque relatif de 0,80), mais avec un nombre élevé d'hommes nécessaires à inviter pour éviter un décès (*Number needed to be invited*), en l'occurrence de 571!⁵

Dans ce contexte, les recommandations cliniques préconisent le recours à la décision partagée, pour les patients qui demandent

FIG 1 Choix des patients en fonction de l'attitude du médecin

Proportion des patients qui choisissent la colonoscopie, ou le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (FIT), refusent de faire un test, ou restent indécis lors d'une consultation avec des médecins généralistes qui ont prescrit seulement des colonoscopies (311 patients vus par 33 médecins) versus des médecins qui ont prescrit des colonoscopies et des tests FIT (459 patients vus par 58 médecins). Données du réseau Sentinella de 2017.



(Adaptée de réf.4).

proactivement le dosage du PSA,⁶ soit de parler du dépistage chez les hommes éligibles en utilisant une approche de décision partagée, même si la demande n'est pas formulée par le patient.⁷ Il y a donc un net consensus pour qu'aucun homme ne soit dépisté sans une discussion sur les risques et bénéfiques. Afin d'aider dans cette démarche, Unisanté a réalisé une aide à la décision pour le dépistage du cancer de la prostate en incorporant l'avis d'un groupe participatif de citoyen-ne-s ainsi que l'appréciation de généralistes et urologues. La brochure aborde cette thématique complexe sous de nombreux angles: que veut dire faire un dépistage pour le cancer de la prostate; la balance en chiffres de la diminution de mortalité et de surdiagnostic; les traitements et effets secondaires engendrés par un diagnostic de cancer et de phrases évocatrices qui décideraient à faire ou ne pas faire ce dépistage (www.unisante.ch).

PERSPECTIVES

Unisanté met à disposition des outils d'aide à la décision en médecine préventive (dépistages des cancers, traitements pharmacologiques en cas de dépendance nicotinique et traitement de statines en prévention primaire). Les leçons tirées de la création de ces premiers outils augurent d'autres développements pour favoriser la décision partagée.

Conflit d'intérêts : Nous n'avons aucun conflit d'intérêts à déclarer.

- 1 Davis KSK, Squires D, Schoen C. *Mirror, Mirror, On the Wall*. New York: The Commonwealth Fund, 2014.
- 2 FMH/DDQ. Avis de la FMH : décision partagée. *Bull Med Suisses* 2014;95:1890-1.
- 3 Braun AL, Prati E, Martin Y, et al. Variation in colorectal cancer testing between primary care physi-

ans: a cross-sectional study in Switzerland. *Int J Public Health* 2019;64:1075-83.

4 *Martin Y, Braun AL, Biller-Andorno N, et al. Screening refusal associated with choice of colorectal cancer screening methods. A cross-sectional study among swiss primary care physicians. *J Gen Intern Med* 2019;34:1409-11.

5 *Hugosson J, Roobol MJ, Mansson M, et al. A 16-yr Follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2019;76:43-51.

6 Tikkinen KAO, Dahm P, Lytvyn L, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline. *BMJ* 2018;362:k3581.

7 Carter HB, Albertson PC, Barry MJ, et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline: American urological association education and research, Inc., 2018.

* à lire

** à lire absolument

DR KEVIN SELBY ET PR JACQUES CORNUZ

Unisanté, Rue de Bugnon 44, 1011 Lausanne
kevin.selby@unisante.ch | jacques.cornuz@unisante.ch