

[Avec bon sens et connaissance des patients](#)

# Quelle place pour le bilan de santé en 2021?

Dr méd. Kevin Selby

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne

La majorité des médecins de premier recours (MPR) suisses et leurs patients reconnaissent que la prévention est une tâche quotidienne centrale au cabinet [1]. Nous nous chargeons de donner des conseils, discuter de l'indication à faire des examens de dépistage et administrer des vaccins. La mise à jour des recommandations Eviprev, présentée dans l'article de Jacot Sadowski et al. dans ce numéro du *Forum Médical Suisse* [2], semblent être un bon moment pour réfléchir ensemble sur ce rôle important des MPR et de leurs équipes.

Les premières recommandations de prévention basées sur des preuves pour les personnes asymptomatiques ont été rédigées en 1979 par le Groupe d'étude canadien sur les services préventifs (GECSSP). Les recommandations étaient de faire ou ne pas faire certains actes, en fonction de la disposition de preuves scientifiques suffisantes. La conviction sous-jacente était qu'à terme, des essais cliniques randomisés guideraient nos décisions et que des recommandations simples faciliteraient leur mise en œuvre. La même approche d'uniformisation, avec un large panel d'interventions, a été employée dans de grands essais cliniques mesurant l'efficacité des bilans de santé généraux. Ceux-ci n'ont pas eu l'effet désiré sur la mortalité [3] et sont déconseillés par la Société suisse de médecine interne générale [4].

Est-ce qu'actuellement, en 2021, nous arrivons à mieux faire que ce qui a été démontré dans ces essais cliniques, la plupart qui datent des années 70s?

Premièrement, il faut profiter de nos connaissances approfondies et longitudinales de nos patients pour cibler ceux qui bénéficieraient le plus de nos conseils. Il faudrait abandonner la réalisation de batteries de tests étendues, annuelles, chez des patient.e.s motivé.e.s et en bonne santé, comme classiquement offertes aux riches dirigeants d'entreprises («executive physicals»). A la place, faire des efforts pour sensibiliser nos patients qui accèdent moins souvent aux soins. Et il ne s'agit pas de discuter ponctuellement d'augmenter l'activité physique ou de diminuer la consommation d'alcool, mais d'accompagner son patient dans son ambivalence, offrant une aide médicale quand il ou elle est

prêt.e. Tout ceci sans forcément prévoir des rendez-vous annuels dédiés à la prévention, mais revoir le patient au rythme nécessaire pour maintenir un lien médecin-patient et rester à jour avec les soins préventifs recommandés.

Deuxièmement, pour plusieurs actes de prévention, les essais cliniques nous informent sur l'équilibre bénéfice-risque, mais ne nous disent pas si l'examen est indiqué ou non chez un patient en particulier. Un exemple classique est le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) pour le dépistage du cancer de la prostate: un essai clinique européen (dont a participé la Suisse) avec plus de 180 000 participants, a démontré un certain bénéfice (1 décès de moins dû au cancer de la prostate sur 500 hommes suivi pendant 16 ans) contre une augmentation du nombre d'hommes traités (16 de plus sur 500 hommes, dont la grande majorité se font traiter) [5]. L'importance donnée à ces deux outcomes varie d'un patient à un autre, d'où la nécessité d'une décision partagée médecin-patient.

Troisièmement, les niveaux de recommandation permettent de prioriser et de faire la différence entre les activités ayant un bénéfice net et important, de ceux ayant un bénéfice marginal et ceux sans bénéfice. Par exemple, arrêter de fumer à 35 ans permet de gagner 10 ans d'espérance de vie, tandis que des conseils pour réduire l'exposition UV à 35 ans ont probablement un bénéfice, mais marginal. Comme corollaire, nous devons connaître le statut tabagique de tous nos patients et intervenir à chaque opportunité; tandis que les conseils pour réduire l'exposition UV peuvent se faire quand l'opportunité se présente. Les examens en rouge en bas du tableau Eviprev (voir fig. 1 dans [2]), par contre, sont à cesser car ils consomment notre temps et ressources sans amener de bénéfices.

Quatrièmement, en 2021, il faut aussi considérer la prévention des personnes de plus de 75 ans, qui ne sont pas comprises dans le tableau Eviprev. Un suisse de 75 ans peut maintenant espérer vivre encore plus de 12 ans et une suisse 14. Est-il indiqué de continuer à dépister un diabète ou un cancer du côlon? En



Kevin Selby

effet, cette tranche d'âge est extrêmement hétérogène. A un âge identique, ces patients peuvent être robustes, vulnérables ou dépendants. Nous devons mettre en relation l'espérance de vie résiduelle estimée, le délai jusqu'à l'apparition de bénéfices après intervention et les préférences du patient.e pour faire un plan de prévention individualisé pour chacun et chacune [6].

Enfin, il reste la question ouverte de certains examens non inclus dans ce tableau, par contre largement pratiqués, tels que le dosage sanguin de la créatinine ou l'auscultation des carotides chez quelqu'un d'asymptomatique. Souvent, nous complétons notre bilan basé sur les preuves scientifiques par des examens peu chers, à dessin d'avoir un niveau de référence dans nos dossiers et pour rassurer nos patients qu'ils et elles «vont bien», sans rechercher de maladie spécifique. Sur ce point, il faut clairement agir avec modération, car les découvertes fortuites qui en résultent peuvent amener à des cascades d'examens dangereux et chers [7].

A première vue, l'approche de 2021 à la prévention semble plus complexe que jamais. Par contre, nous sommes confiants que ce sont les guidelines qui, en partie, reflètent mieux l'approche de bon sens déjà utilisée par la grande majorité de nos collègues MPR. Il

s'agira d'interroger nos pratiques avec ce nouveau tableau et de se demander s'il y a des tests à rajouter, ou mieux encore, à abandonner.

#### Disclosure statement

L'auteur a déclaré avoir reçu des subventions de la part de Recherche suisse contre le cancer, la Fondation Leenaars et du Fonds prévention du tabagisme, tous pas en rapport avec cet article. Il est membre du comité de pilotage du Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal.

#### Références

- 1 Cohidon C, Imhof F, Bovy L, Birrer P, Cornuz J, Senn N. Patients' and General Practitioners' Views About Preventive Care in Family Medicine in Switzerland: A Cross-sectional Study. *J Prev Med Public Health*. 2019;52(5):323–32.
- 2 Jacot Sadowski I, Boesch A, Biedermann A, Auer R, Battagay E, Guessous I, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. *Forum Med Suisse*. 2021;21(51–52):888–94.
- 3 Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD009009.
- 4 Recommandations supplémentaires de smarter medicine pour la médecine interne générale en ambulatoire. 2021; [https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user\\_upload/smarter\\_medicine/Flyer\\_smarter\\_medicine\\_ambulante\\_AIM\\_f\\_30.3.2021\\_def.pdf](https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user_upload/smarter_medicine/Flyer_smarter_medicine_ambulante_AIM_f_30.3.2021_def.pdf). Accessed Oct 14, 2021.
- 5 Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2019;76(1):43–51.
- 6 Vilas-Boas A, Selby K, Cornuz J, Büla C, Nguyen S. Dépistages: que faire au-delà de 75 ans? *Rev Med Suisse*. 2020;6 (714):2156–9.
- 7 Ganguli I, Simpkin AL, Lupo C, Weissman A, Mainor AJ, Orav EJ, et al. Cascades of Care After Incidental Findings in a US National Survey of Physicians. *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1913325.

#### Correspondance:

Dr méd. Kevin Selby  
Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique  
Rue de Bugnon 44  
CH-1011 Lausanne  
[kevin.selby\[at\]unisanté.ch](mailto:kevin.selby[at]unisanté.ch)