

**lu pour vous**

Coordination : Dr Jean Perdrix, PMU  
(Jean.Perdrix@hospvd.ch)

**Diminuer le fardeau du traitement, un pas vers une médecine minimalement disruptive**

Diminuer le *fardeau du traitement*,<sup>1,2</sup> permettre à nos patient(e)s de mesurer leur tension artérielle à domicile au lieu de leur demander de prendre congé et venir au cabinet médical pour surveiller leur tension. L’OMS mesure à l’échelle planétaire l’impact des maladies sur nos vies. Médecins et soignant(e)s, nous avons appris à diminuer le fardeau de la maladie : limiter les complications d’un diabète, prévenir une attaque cérébrale. Une récente série d’articles ont cherché à définir et mesurer le fardeau du traitement.<sup>3</sup> Comment réorganiser les soins pour faciliter les innombrables tâches demandées à nos patients et proches pour le soigner ; comment libérer de leur temps dans leurs soins pour leur permettre de remplir les rôles qui leur sont chers : être père ou mère, collègue, coéquipi(ère), conjoint(e). Dans une série de revues systématiques d’études qualitatives, 69 études ont été identifiées et dressent un constat alarmant de l’organisation des soins contribuant au fardeau du traitement : soins fragmentés, mauvaise communication interprofessionnelle, patients mal équipés pour organiser leurs soins et développer des stratégies de *coping* et des charges administratives pouvant faire décompenser tout l’échafaudage de soins.<sup>3</sup>

**Commentaire :** La médecine minimalement disruptive est une approche centrée sur les besoins des patient(e)s, qui embrasse la multi-morbidité, et cherche à diminuer le fardeau du traitement des patient(e)s et de leurs proches.<sup>1,2</sup> Les premières définitions et mesures du fardeau du traitement sont disponibles.<sup>4</sup> En attendant les études démontrant l’effet de réorganisations des soins sur une diminution du fardeau du traitement, une question à l’attention de nos patients s’impose : «Êtes-vous en mesure de mettre en place ce que je vous recommande de faire?»<sup>1</sup>

**Dr Reto Auer**

Policlinique médicale universitaire, Lausanne

1 Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ* 2014;349:g6680.

2 May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.

3 Gallacher K, Morrison D, Jani B, et al. Uncovering treatment burden as a key concept for stroke care: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med* 2013;10:e1001473.

4 Tran VT, Montori VM, Eton DT, et al. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. *BMC Med* 2012;10:68.

**point de vue**

**Dépister l’alcoolémie (des soignants) à l’entrée des blocs opératoires**

La France a un rapport particulier aux boissons alcooliques – un phénomène qui résulte, pour partie seulement, de son commerce ancestral avec les vins. Cela explique les relations complexes qu’elle entretient avec la maladie alcoolique. Cela explique aussi les difficultés politiques chroniques observées pour y obtenir que les vins soient classés dans la catégorie des boissons susceptibles d’induire une dépendance à l’alcool. De ce point de vue, l’un des moments forts fut la publication, en 1998 d’un rapport officiel (dénommé le «rapport Roques» du nom de son auteur, Bernard Roques, spécialiste de biochimie) demandé par Bernard Kouchner, alors secrétaire d’Etat français à la Santé.

On retrouve aujourd’hui cette particularité nationale sous une forme assez originale qui a directement à voir avec la pratique de la médecine ou, pour être plus précis, de la chirurgie. L’affaire trouve pour partie son origine dans un récent et tragique fait divers (*Rev Med Suisse* 2014;10:1942-3). En octobre dernier, dans la petite ville d’Orthez (Pyrénées-Atlantiques), une anesthésiste, citoyenne belge âgée de 45 ans, fut directement à l’origine de la mort d’une femme de 28 ans chez laquelle on pratiquait une césarienne. L’enfant avait pu être sauvé. Mise en examen pour homicide involontaire aggravé, l’anesthésiste fut vite identifiée comme «ayant un problème d’alcool pathologique». Elle n’était pas, loin s’en faut, «en pleine possession de ses moyens» lorsqu’elle a procédé à l’anesthésie de la patiente.

Cette affaire a, comme on peut l’imaginer, suscité une vaste émotion dans l’opinion publique française. Elle a aussi eu pour effet de soulever le problème, généralement tabou jusqu’alors, de la réalité de la maladie alcoolique (ou des assuétudes majeures) dans la communauté des anesthésistes. On découvrit alors que le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (Cfar) n’avait pas attendu l’affaire d’Orthez pour prendre la mesure de la possibilité d’une telle tragédie. Cette structure proposait depuis un an déjà des «autotests thématiques en ligne» – à réaliser seul ou en équipe. L’anonymat est

absolu. Il s’agit d’aider les anesthésistes-réanimateurs aux prises avec l’alcool, le tabac, le stress, le «burnout», la dépendance et l’épuisement professionnel.

Les chiffres des appels à l’aide sont parlants : 1978 anesthésistes-réanimateurs sur les 10000 en exercice (dont 6500 praticiens hospitaliers) avaient alors réalisé le test. Parmi eux, 230 avaient vérifié leur degré d’addic-



tion à l’alcool. En 2005, le Cfar avait déjà établi que 11% des anesthésistes abusaient ou dépendaient d’au moins une substance autre que le tabac, dont l’alcool (59%), les tranquillisants et les hypnotiques (41%).

«Nous sommes plus concernés que d’autres médecins par la question de l’addiction car, en cas d’erreur, la sanction est immédiate, expliquait au *Quotidien du Médecin* le Dr Max-André Doppia, secrétaire général adjoint du Cfar. Mais les anesthésistes-réanimateurs ne sont pas plus *bouffés* au travail que les généralistes ou les psychiatres ! La différence est qu’on se suicide davantage, ayant le néces-

saire sous la main». «Les anesthésistes-réanimateurs travaillent en décalé par rapport au reste de l'équipe de bloc, analysait pour sa part le Dr Philippe Batel, psychiatre addictologue, membre du comité scientifique de l'association SOS addictions. Certains combattent l'attente et le stress par un coup d'alcool en salle de garde». Le Dr Max-André Doppia mettait toutefois en garde contre la tentation d'une politique de sanction et la création d'un «permis d'endormir». Il préconisait un passage annuel obligatoire par la médecine du travail pour les intérimaires. Pour tous, il appelle à un changement de culture et à une libération de la parole.

Puis, on oublie l'affaire d'Orthez. Trois mois plus tard, voici que le sujet rebondit avec l'initiative d'un député (de droite) français – M. Lucien Degauchy – qui vient, très officiellement, de déposer une proposition de loi visant «à rendre obligatoire le dépistage de l'alcoolémie pour les membres des équipes médicales lors d'actes chirurgicaux». «Récemment une erreur médicale, due à l'état d'ébriété d'une anesthésiste, a causé la mort d'une patiente venue accoucher par césarienne. D'autres cas d'erreurs médicales liées à l'abus d'alcool ont déjà été révélés ces dernières années, et même si ces faits divers dramatiques restent peu nombreux, ils nous montrent les limites de notre arsenal juridique, explique-t-il. Un acte chirurgical n'est pas anodin, il génère stress et anxiété chez le patient, et le rôle du milieu médical est de le rassurer, le soutenir et le soigner. Dans ce contexte, les impératifs de sécurité impliquent pour les membres de l'équipe médicale d'être totalement aptes à accomplir leur tâche et le comportement ébriqué d'un seul d'entre eux est totalement inadmissible, empêchant de plus la cohésion opérationnelle, car les autres membres de l'équipe médicale sont totalement démunis face à un tel comportement.»

Ce député rappelle qu'un article du code de santé publique permet au représentant de l'Etat de suspendre le droit d'exercer si le médecin expose ses patients à un danger grave. Il observe aussi que, le plus souvent, «il est déjà trop tard». «Aussi est-il souhaitable de vérifier en amont qu'il n'y a pas danger, c'est la garantie pour le patient du bon déroulement de l'acte chirurgical dont il doit bénéficier, poursuit-il. Il est donc indispensable de donner un cadre juridique pérenne à l'organisation de l'activité chirurgicale afin qu'elle s'accomplisse dans les conditions normales de sécurité pour le patient et de sérénité pour toute l'équipe médicale.»

Le texte de sa proposition de loi comporte

## oncologie

# Cancer du pancréas : prédire le risque en mesurant la glycémie

Prévenir le développement du diabète représente un moyen efficace pour réduire les risques de cancer du pancréas. Le diabète est un facteur de risque connu dans le développement de cancers du pancréas, dont la prévalence est en constante augmentation et dont l'espérance de vie à 5 ans reste de moins de 5%. Le mécanisme semble être double : l'hyperinsulinémie favorise la prolifération cellulaire tout en réduisant l'apoptose, tandis que l'hyperglycémie promeut la prolifération et les capacités invasives des cellules cancéreuses.

En se basant sur les données médicales de 2400 patients, des chercheurs taiwanais ont pu établir une association dose-réponse linéaire entre la glycémie et le taux de cancer du pancréas : chaque augmentation de

0,56 mmol/l de la glycémie à jeun est associée à 14% de risque supplémentaire de développer ce type de cancer.

La détection précoce du prédiabète, qui est réversible ou peut être facilement amélioré par une modification de l'hygiène de vie – régime alimentaire, activité physique, perte de poids –, représente donc une stratégie efficace pour lutter contre l'accroissement des cancers du pancréas.

Marina Casselgnon

Liao WC, Tu YK, Wu MS. Blood glucose concentration and risk of pancreatic cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis. *BMJ* 2015;349:g7371.

trois articles seulement : «Les chirurgiens, anesthésistes et infirmiers, ont l'obligation de se soumettre à un test d'alcoolémie avant toute intervention chirurgicale»; «Il est interdit à tout membre d'une équipe médicale dont le test s'est révélé positif, de participer à une intervention chirurgicale»; «la charge pour les organismes de sécurité sociale est

## ... c'est la garantie pour le patient du bon déroulement de l'acte chirurgical dont il doit bénéficier ...

compensée(...) par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts».

Cette proposition de loi vient d'entrer dans la grande machinerie parlementaire et nul ne sait quand elle arrivera devant le Parlement français – ni même si elle y parviendra. Pour l'heure, la ministre française de la Santé et le gouvernement socialiste font comme s'ils n'étaient pas directement concernés. Tel n'est pas le cas des chirurgiens. L'Union des chirurgiens de France et le Syndicat national des gynécologues-obstétriciens français viennent de réagir avec une étonnante virulence. Ils «décernent la palme de la bêtise au député qui apporte une mauvaise réponse à un vrai drame».

«L'alcool au volant est un problème de santé publique, l'alcool au bloc opératoire ne l'est pas et les cas dramatiques mais isolés relevés ici ou là ne se régleront pas par la

loi» poursuivent-ils. Le niveau de l'argumentation chirurgicale laisse songeur : «Que chacun balaye d'abord devant sa porte, soulignent les chirurgiens. Car le député Lucien Degauchy est décidément très distrait! Après avoir oublié qu'il possédait un compte bancaire en Suisse avant que la Haute Autorité pour la transparence ne le lui rappelle, il oublie que l'alcool se consomme également à l'Assemblée nationale où il est fourni à bas prix aux élus du peuple(...). Et que cela pose parfois problème... D'abord soucieux de la

qualité des soins qu'ils prodiguent à leurs patients, les praticiens du bloc opératoire savent aussi, même si ce n'est pas leur métier, produire une proposition de loi aussi stupide et provocante que celle du député Degauchy. Mais ils n'ont pas eux la prétention, ni même le souhait, de la voir un jour appliquée.»

Suit une proposition de loi (factice) qui vise à rendre obligatoire le dépistage de l'alcoolémie avant tout débat parlementaire. Faut-il voir là l'une des multiples formes du déni qui caractérise les rapports de la France à l'alcool?

Jean-Yves Nau  
jeanyves.nau@gmail.com