



**P**oliclinique  
**M**édicale  
**U**niversitaire  
CH-Lausanne

*Unil*

UNIL | Université de Lausanne

Faculté de biologie  
et de médecine

## **SSMIG Congrès automne 2018**

**Update - prévention clinique**

**Pr. Jacques Cornuz**

# Objectifs

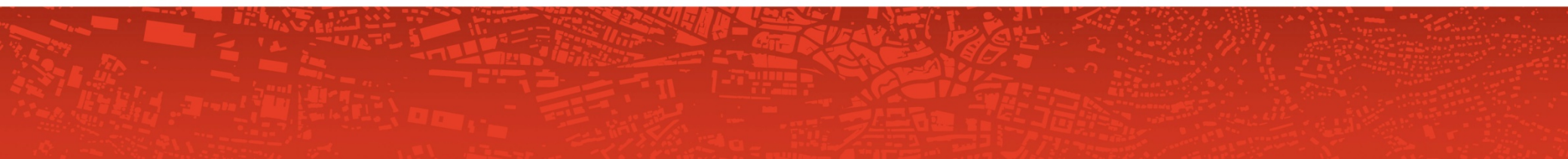
- Vérifier, confirmer les recommandations 2018
- Comment prioriser les interventions lors d'un bilan de santé
- Aborder les enjeux actuels de la prévention

# Introduction

- US Preventive Services Task Forces (niv. recommand.)  
[www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Santé Canada: [www.santecanada.gc.ca](http://www.santecanada.gc.ca)
- [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- Risque cardiovasculaire: [www.agla.ch](http://www.agla.ch)
- RMS - Swiss Med Forum 2015, mise à jour en 2019
- [www.pmu-lausanne.ch/espace-professionnel/eviprev/](http://www.pmu-lausanne.ch/espace-professionnel/eviprev/)

# Brochures PMU

---



# MA SANTÉ, C'EST DANS LA POCHE

Conseils de prévention



 Polyclinique  
Médicale  
Universitaire  
CH-Lausanne

# Vignette clinique

- Patient de 65 ans, juriste, qui a pris rendez-vous pour un bilan de santé, de retour en Suisse après avoir travaillé pdt 18 ans pour une entreprise internationale à Hong Kong.
- Marié, 2 enfants.
- BSH, pas de TT régulier, lombalgies occasionnelles, tabagisme stoppé voici 2 mois (cig électronique).
- Pas de plainte, BMI 27 kg/m<sup>2</sup>, TA 146/84, FC 78/min, ausc. cardio-pulmonaire N, pas d'ADN
- Que faites-vous, quel(s) examen(s) demandez-vous?

# Vignette clinique

- Conseil(s) ?
- Test(s) de laboratoire ?
- Dépistage(s) ?
- Autres interventions ?

# Vos propositions?



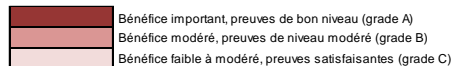
# Contexte général

- Attitude clinique importante
  - Sentiment de sécurité aux patients
  - Relation patient-médecin basée sur la confiance, la compétence et la fidélité
  - Gestion, communication du risque!
- *Cave*: augmenter les inégalités en santé (plus on est en bonne santé, plus on fait attention à sa santé!)

# US Preventive services Task Force

Grade	Definition	Suggestions for Practice
<b>A</b>	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service.
<b>B</b>	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service.
<b>C</b>	The USPSTF recommends selectively offering or providing this service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service for selected patients depending on individual circumstances.
<b>D</b>	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service.
<b>I</b> Statement	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the clinical considerations section of USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.

# RECOMMANDATIONS EVIPREV



Version 09.2018, draft

F: femme, H: homme, IMC: indice de masse corporelle [kg/m<sup>2</sup>]  
 FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire, UPA: unité paquet année

<sup>1</sup> discussion promouvant le partage de la décision recommandée  
<sup>2</sup> remboursement par LAMal: 50-69 ans dans certains cantons  
<sup>3</sup> recommandations selon GSLA  
<sup>4</sup> ostéodensitométrie remboursée uniquement dans certains cas  
<sup>5</sup> recommandations selon l'OFSP

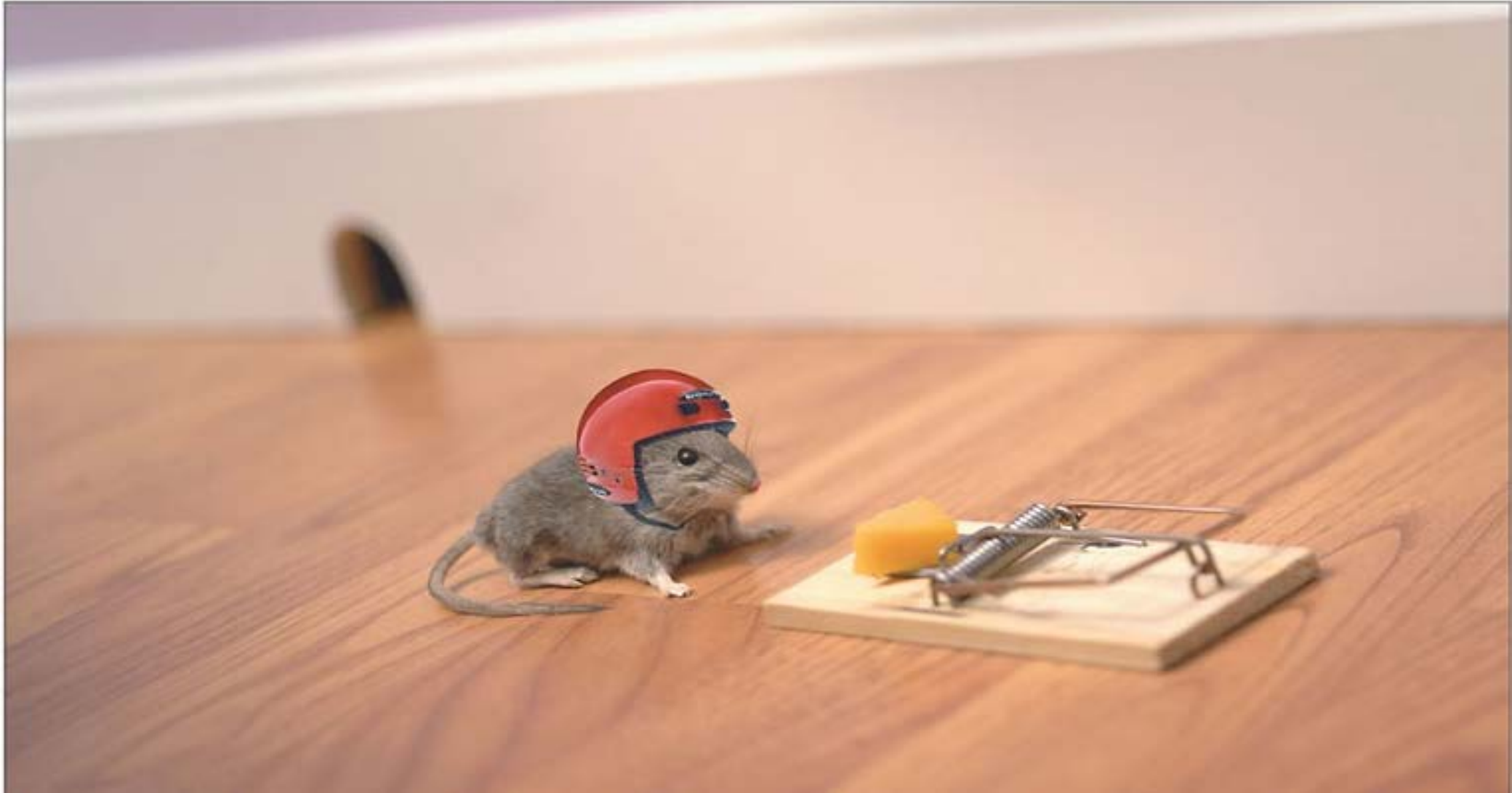
Les recommandations EviPrev sont soutenues par:



Les policliniques universitaires et instituts de famille des institutions suivantes ont participé à l'élaboration de ces recommandations: Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle

Responsabilité: PMU Lausanne

# Risque, quel risque?!



# Quelques risques ... (BMJ 2004)

Décès par accident sur 50 ans de conduite	1 sur 85
Décès de toute cause dans l'année	1 sur 100
Décès causé par un accident domestique	1 sur 7'100
Décès causé par un accident du travail	1 sur 40'000
Décès causé par un meurtre	1 sur 100'000
Décès causé par un accident de train	1 sur 500'000
Se noyer dans son bain dans l'année	1 sur 685'000
Trouver les 6 chiffres à la loterie nationale (UK)	1 sur 2'796'763
Etre touché par la foudre	1 sur 10'000'000

# Quelques risques ... (BMJ 2004)

Décès par accident sur 50 ans de conduite	1 sur 85
Décès de toute cause dans l'année	1 sur 100
Décès causé par un accident domestique	1 sur 7'100
Décès causé par un accident du travail	1 sur 40'000
Décès causé par un meurtre	1 sur 100'000
Décès causé par un accident de train	1 sur 500'000
Se noyer dans son bain dans l'année	1 sur 685'000
Trouver les 6 chiffres à la loterie nationale (UK)	1 sur 2'796'763
Etre touché par la foudre	1 sur 10'000'000
<b>Décès avant 65 ans si tabagisme régulier</b>	<b>1 sur 4</b>

# Risque

Groupe de fréquence d'un risque/probabilité

1. Très fréquent
2. Fréquent
3. Occasionnel
4. Rare
5. Très rare

# Risque

Groupe de fréquence d'un risque/probabilité

1. Très fréquent  $> 1/10$
2. Fréquent  $1/10 - 1/100$
3. Occasionnel  $1/100 - 1/1000$
4. Rare  $1/1000 - 1/10'000$
5. Très rare  $< 1/10'000$



# Quiz

Une augmentation de risque de 25% s'illustre correctement par:

1. Risque relatif de 2,5
2. Risque relatif de 1,25
3. Odds ratio de 1,25
4. Cela dépend...

# Risque ?

---

100 FR +       $\longrightarrow$  20

100 FR -       $\longrightarrow$  10

## Risque

100 FR +       $\longrightarrow$  20      20/100

100 FR -       $\longrightarrow$  10      10/100

**Risque relatif** si FR +?

## Risque

100 FR +       $\longrightarrow$  20      20/100

100 FR -       $\longrightarrow$  10      10/100

## Risque

100 FR +       $\longrightarrow$  20      20/100

100 FR -       $\longrightarrow$  10      10/100

**Risque relatif RR:**  $\frac{20/100}{10/100} = 2$

## Risque

100 FR +       $\longrightarrow$  20      20/100

100 FR -       $\longrightarrow$  10      10/100

**Risque relatif RR:**  $\frac{20/100}{10/100} = 2 \longrightarrow$  Risque doublé

## Risque

100 FR +       $\longrightarrow$  20      20/100

100 FR -       $\longrightarrow$  10      10/100

**Risque relatif RR:**  $\frac{20/100}{10/100} = 2 \longrightarrow$  **Risque doublé**

En terme de pourcentage, le risque est augmenté de ....

## Risque

100 FR +       $\longrightarrow$  20      20/100

100 FR -       $\longrightarrow$  10      10/100

**Risque relatif RR:**  $\frac{20/100}{10/100} = 2 \longrightarrow$  Risque doublé

En terme de pourcentage, le risque est **augmenté de 100%**



- RR de 3? Le risque est augmenté de...

- RR de 3? Le risque est augmenté de...200%

- RR de 1,5: risque augmenté de...

- RR de 1,5: risque augmenté de...50%

# Quiz

Une augmentation de risque de 25% s'illustre correctement par:

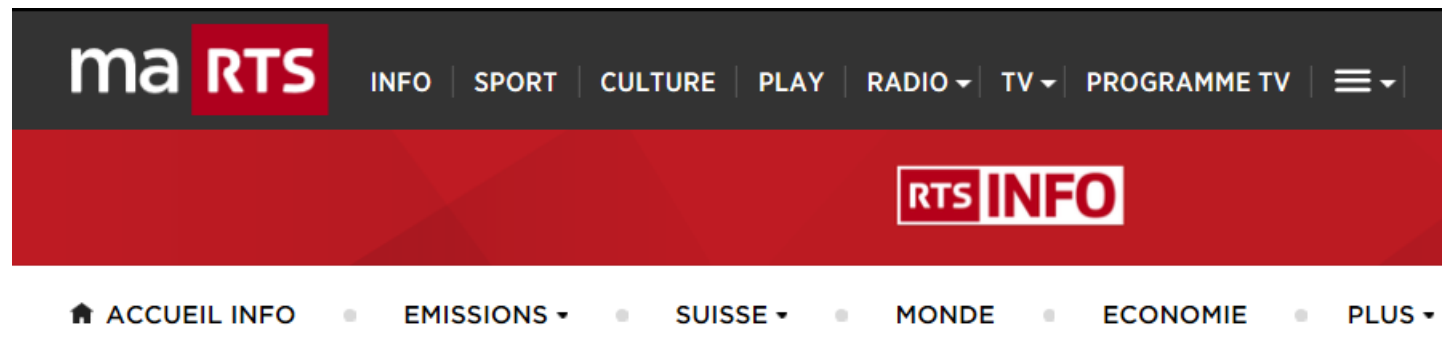
1. Risque relatif de 2,5
2. Risque relatif de 1,25
3. Odds ratio de 2,25
4. Cela dépend...

# Quiz

Une augmentation de risque de 25% s'illustre correctement par:

1. Risque relatif de 2,5
- 2. Risque relatif de 1,25**
3. Odds ratio de 2,25
4. Cela dépend...

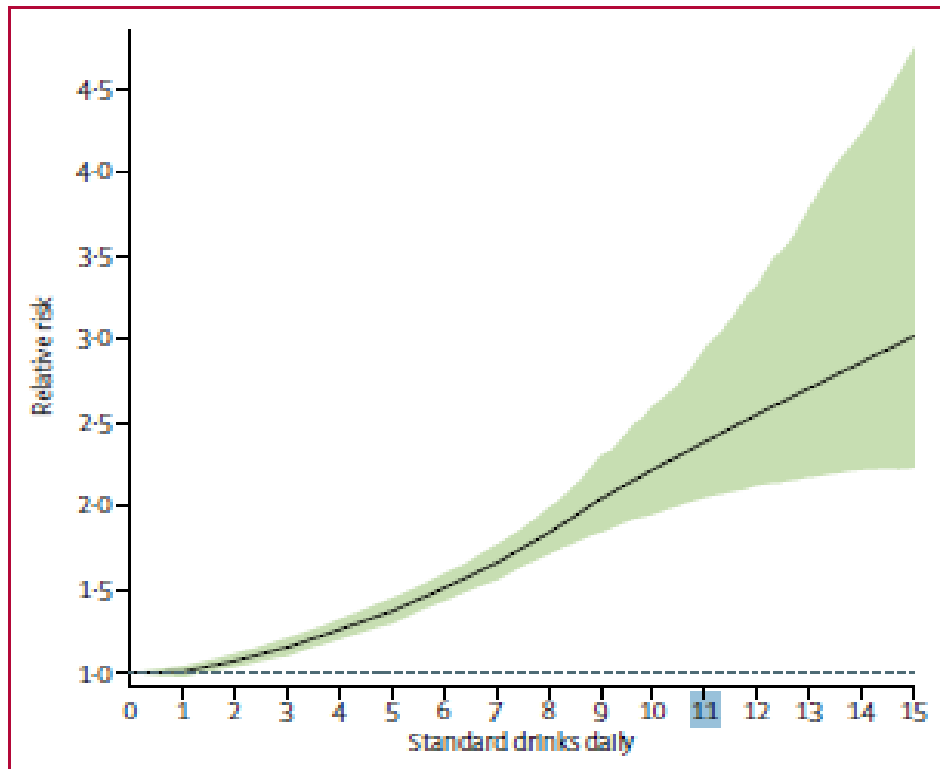
# 1 verre de vin / jour: risque pour la santé



Médecine Modifié le 27 août 2018



## L'alcool est risqué pour la santé dès le premier verre, avertit une étude



**Figure 5: Weighted relative risk of alcohol for all attributable causes, by standard drinks consumed per day**  
 Age-standardised weights determined by the DALY rate in 2016, for both sexes. The dotted line is a reference line for a relative risk of 1. DALY=disability-adjusted life-year.

## Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

GBD 2016 Alcohol Collaborators\*

Lancet 23 août 2018



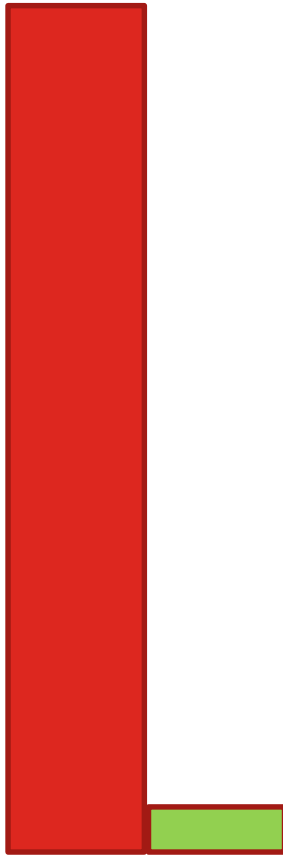
# Fumeur régulier et risque de cancer pulmonaire



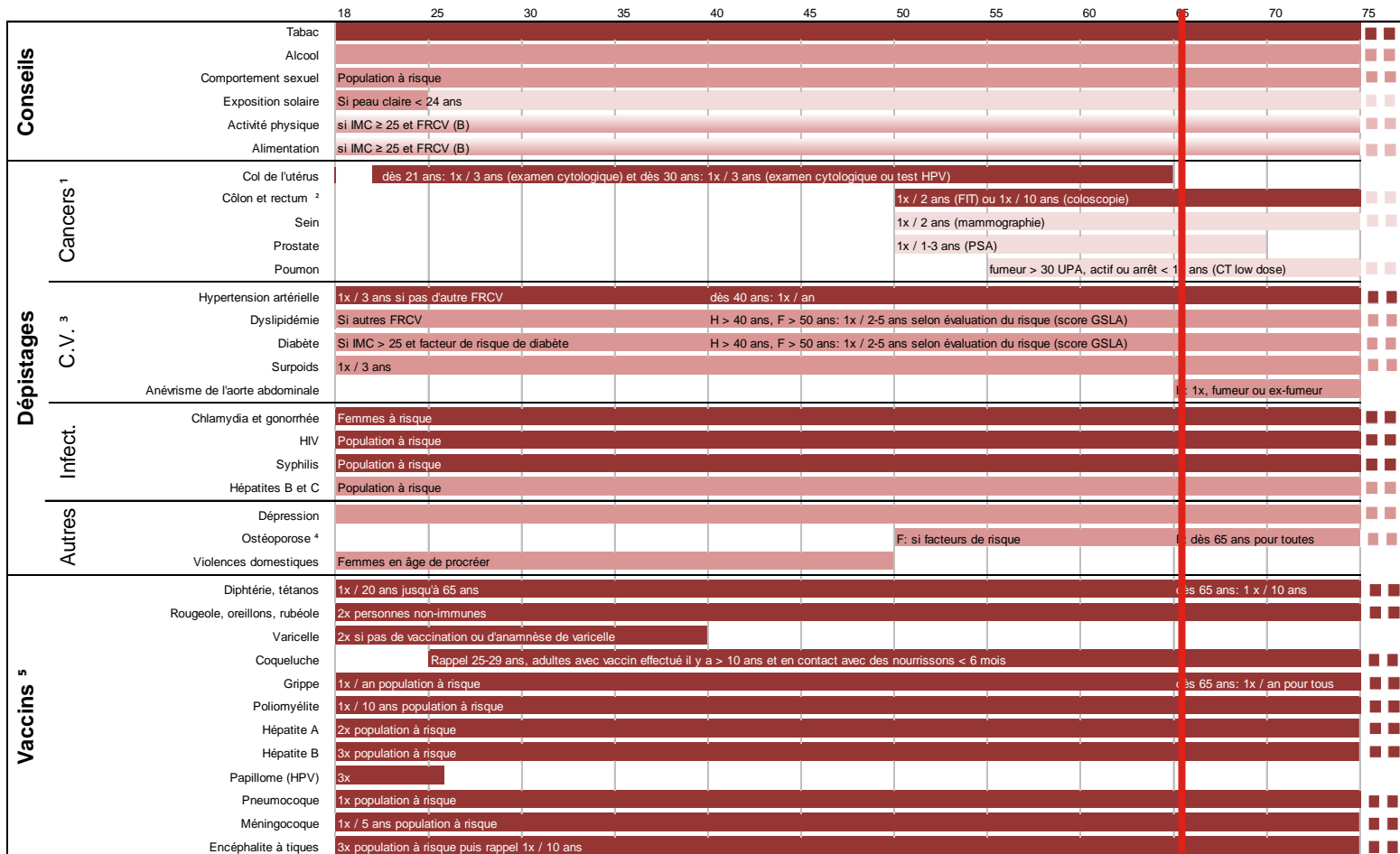
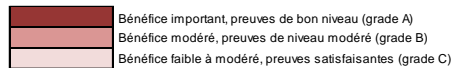
# 1 verre de vin / jour: risque pour la santé?



# 1 verre de vin / jour: risque pour la santé



# RECOMMANDATIONS EVIPREV



Version 09.2018, draft

F: femme, H: homme, IMC: indice de masse corporelle [kg/m<sup>2</sup>]  
 FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire, UPA: unité paquet année

<sup>1</sup> discussion promouvant le partage de la décision recommandée  
<sup>2</sup> remboursement par LAMal: 50-69 ans dans certains cantons  
<sup>3</sup> recommandations selon GSLA  
<sup>4</sup> ostéodensitométrie remboursée uniquement dans certains cas  
<sup>5</sup> recommandations selon l'OFSP

Les recommandations Eviprev sont soutenues par:



Les policliniques universitaires et instituts de famille des institutions suivantes ont participé à l'élaboration de ces recommandations: Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle

Responsabilité: PMU Lausanne

# Le cancer du côlon : de quoi s'agit-il ?

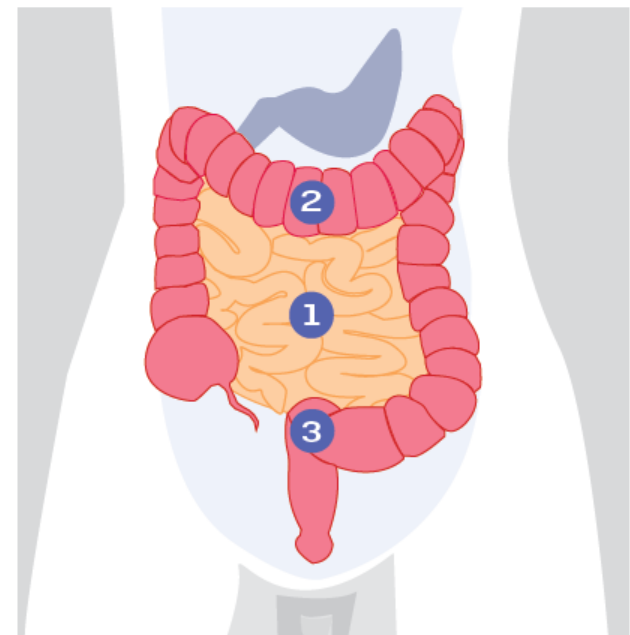
Le cancer du côlon est le troisième cancer le plus fréquent en Suisse. Chaque année, il frappe 4'300 personnes et provoque 1'700 décès. Décelé à un stade précoce, le cancer du côlon offre de bonnes perspectives de guérison.

## Le côlon et le rectum

Le côlon est l'une des trois parties de l'intestin.

Les trois parties de l'intestin sont :

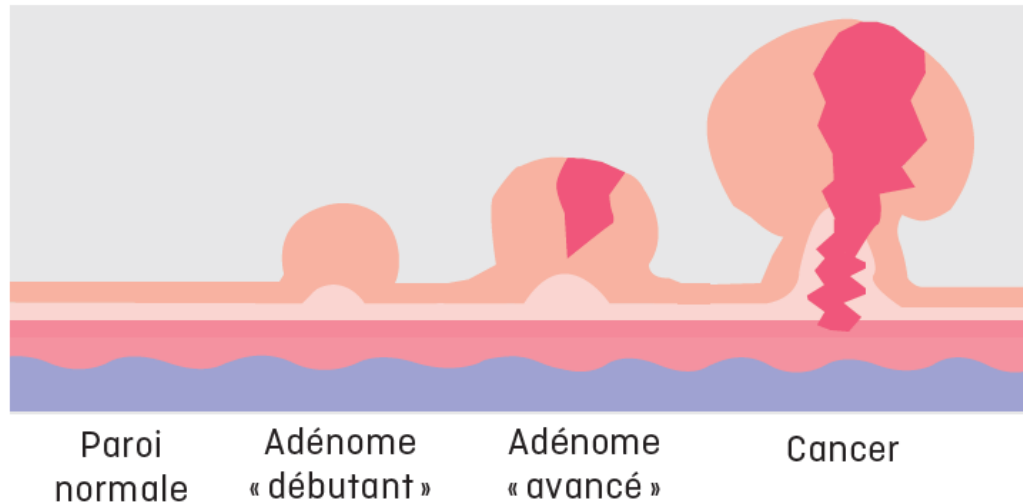
- 1 le petit intestin (ou intestin grêle) ;
- 2 le gros intestin (côlon) ;
- 3 le rectum qui se termine par l'anus.



## Le cancer du côlon

De petites lésions, nommées polypes, peuvent apparaître dans le côlon et le rectum. Il existe deux types de polypes : ceux qui ne risquent pas d'évoluer en cancer et ceux qui risquent d'évoluer en cancer, appelés adénomes.

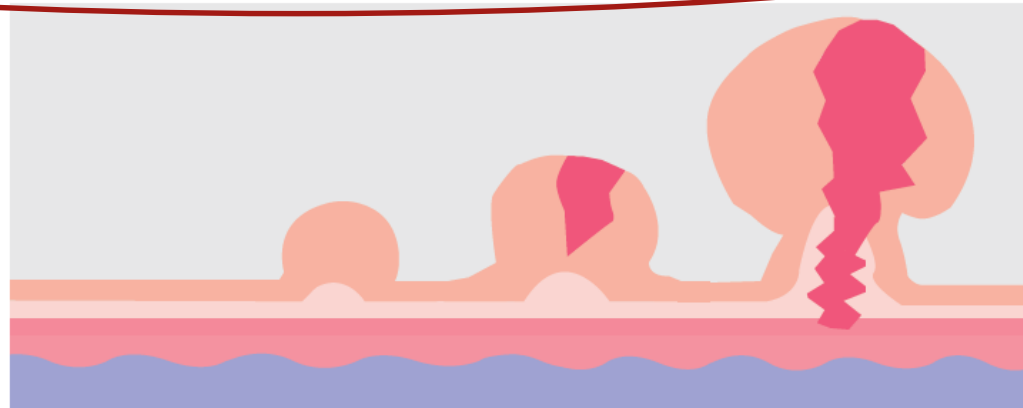
- Les polypes sont fréquents (30 personnes sur 100 à partir de 65 ans).
- La majorité des polypes restent bénins, c'est-à-dire qu'ils ne se transforment pas en cancer plus tard et ne comportent pas de risques pour la santé.
- Certains polypes sont des adénomes dont une faible proportion peut lentement évoluer en cancer.



## Le cancer du côlon

De petites lésions, nommées polypes, peuvent apparaître dans le côlon et le rectum. Il existe deux types de polypes : ceux qui ne risquent pas d'évoluer en cancer et ceux qui risquent d'évoluer en cancer, appelés adénomes.

- Les polypes sont fréquents (30 personnes sur 100 à partir de 65 ans).
- La majorité des polypes restent bénins, c'est-à-dire qu'ils ne se transforment pas en cancer plus tard et ne comportent pas de risques pour la santé.
- Certains polypes sont des adénomes dont une faible proportion peut lentement évoluer en cancer.



Paroi normale

Adénome « débutant »

Adénome « avancé »

Cancer

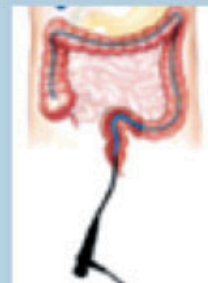


2 options offertes:



**Recherche de sang occulte dans les selles chaque 2 ans**

ou



**Coloscopie de dépistage chaque 10 ans**

**Comment réaliser le test?**

- Prélèvement au domicile d'une très petite quantité de selles à l'aide d'un kit spécialement fourni
- Envoi postal et analyse du prélèvement dans un laboratoire spécialisé

- «Préparation au domicile»: régime alimentaire durant 48 heures et absorption d'une solution spéciale pour «nettoyer» son intestin la veille
- Réalisation dans le cabinet d'un gastroentérologue ou en clinique/hôpital
  - Vous recevrez généralement un sédatif pour permettre un léger endormissement
  - L'examen dure habituellement 30-45 minutes, parfois davantage s'il faut enlever des polypes

**Obtention des résultats**

- Retour des résultats par courrier à votre domicile et vers votre médecin

- Résultat oral de votre examen le jour même, compte-rendu définitif par courrier à votre domicile et vers votre médecin

**Remboursement du test**

- Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise  
Participation de 10% (quote-part, 4.60 CHF) à votre charge

- Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise  
Participation de 10% (quote-part, entre 80 et 160 CHF) à votre charge

**Rythme de réalisation**

- Tous les deux ans

- Tous les dix ans

**Quels sont les avantages?**

- Pas de préparation nécessaire
- Facile à réaliser

- Meilleur test pour détecter les polypes avant qu'ils n'évoluent en cancer
- Les polypes sont directement enlevés pendant l'examen

**Fiabilité pour détecter le cancer du côlon**

- Bonne si réalisation régulière, tous les 2 ans

- Excellente, si la «préparation au domicile» est correctement réalisée

**Quels sont les inconvénients?**

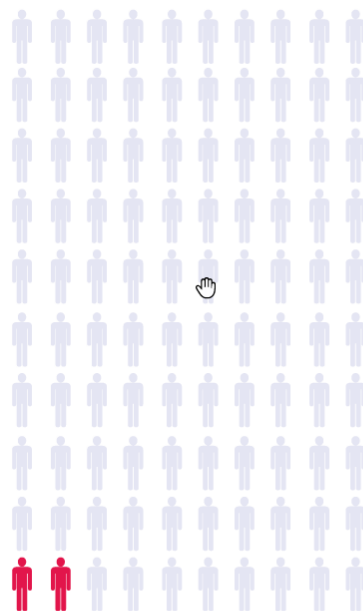
- Risque de résultat «faux négatif»: polypes et cancers ne saignent pas toujours. Il faut donc répéter le test tous les deux ans au minimum
- Risque de résultat «faux positif»: un saignement digestif peut s'observer sans présence de polype ou cancer
- En cas de test positif, **il faudra réaliser systématiquement une coloscopie**

- Risque très faible de complication sévère (perforation de l'intestin ou saignement important): environ 2 cas sur 1000 coloscopies
- En cas d'administration d'un sédatif, vous ne pourrez pas conduire de véhicule durant 12 à 24 heures (effets des sédatifs)



## Quelle est l'efficacité du dépistage pour diminuer la mortalité par cancer du côlon ?

- La grande majorité des cancers du côlon surviennent après l'âge de 50 ans.
  - Un programme de dépistage permet de réduire de moitié (50%) le nombre de décès par cancer du côlon : soit une baisse de mortalité de 2 personnes sur 100 [2%] à 1 personne sur 100 [1%].
- 1 personne sur 100 ne mourra pas du cancer du côlon grâce à un dépistage régulier.



**En l'absence de dépistage :**  
2 personnes sur 100 décéderont  
du cancer du côlon avant 80 ans  
en Suisse.



**Avec un dépistage régulier :**  
1 personne sur 100 décèdera  
du cancer du côlon avant 80 ans  
en Suisse.

# J'ai choisi de participer au programme de dépistage

## J'ai choisi le test de recherche de sang occulte dans les selles (FIT)



Mon pharmacien agréé : **OU**

- m'inscrit dans le programme de dépistage ;
- édite ma fiche de suivi ;
- me remet mon kit de dépistage.



Mon médecin de famille m'inscrit dans le programme de dépistage et édite ma fiche de suivi.



Je vais chercher mon kit de dépistage dans une pharmacie participante.



Je fais un prélèvement de selles chez moi et je l'envoie au laboratoire.

Je reçois le résultat par la poste.

### Absence de sang dans les selles Résultat négatif

(93 cas sur 100)

- Réception automatique tous les deux ans d'un bon pour obtenir le test directement dans une pharmacie participante.

*Un résultat FIT négatif n'est pas une garantie absolue d'absence de cancer : parfois, le saignement provoqué par un cancer est insuffisant pour poser un diagnostic définitif.*

### Présence de sang dans les selles Résultat positif

(7 cas sur 100)

- Prescription d'une coloscopie par le médecin de famille.
- Si cette coloscopie est négative : réinvitation dix ans plus tard.

*Un résultat FIT positif ne signifie pas forcément la présence d'un cancer : le saignement est dû, dans la majorité des cas, à une autre origine (polype, inflammation de l'intestin...).*

# Rendement du FIT – programme vaudois

- Données 2015 – 2017: ~ 5000 personnes
- 470 généralistes et 32 gastroentérologues
- ~ 45% des patients optent pour le FIT
- FIT positifs: ~ 7%
- VPP pour adénocarcinome: ~ 4%
- VPP pour adénome avancé: ~ 36%
- Coloscopie post FIT positif: ~ 90%



# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

NEJM 2015

Perspective  
DECEMBER 3, 2015

INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEMS

## Individual Responsibility and Community Solidarity — The Swiss Health Care System

Nikola Biller-Andorno, M.D., Ph.D., and Thomas Zeltner, M.D.

Selected Characteristics of the Health Care System and Health Outcomes in Switzerland.*	
Variable	Value
<b>Health expenditures</b>	
Per capita (U.S.\$)	8,980
Percentage of GDP	11.3
Out-of-pocket (% of private health expenditures)	73.4
Public sources (% of total)	61.7
<b>Health insurance</b>	
Percentage of population covered	>98
Source of funding	86% premiums from insured persons; 14% taxes (premium subsidies)
<b>Average physician income (U.S.\$)</b>	
Self-employed general practitioner in 2009	185,158
Self-employed specialist in 2009	100,700–388,700 (depending on specialty)
<b>Generalist–specialist balance in 2014 (%)</b>	
Generalists	37.4
Specialists	62.6
<b>Access</b>	
No. of hospital beds per 10,000 population in 2011	50
No. of physicians per 1000 population in 2011	3.9
Primary care physicians using electronic medical records (%)	41
<b>Life and death</b>	
Life expectancy at birth (yr)	83
Additional life expectancy at 60 yr (yr)	25
Annual no. of deaths per 1000 population	9
No. of infant deaths per 1000 live births in 2013	4
No. of deaths of children <5 yr of age per 1000 live births in 2013	4
No. of maternal deaths per 100,000 live births in 2013	6
<b>Fertility and childbirth</b>	
Average no. of births per woman	1.5
Births attended by skilled health personnel in 2006 (%)	100
Pregnant women receiving any prenatal care (%)	>90
<b>Preventive care</b>	
General availability of colorectal-cancer screening at primary care level	Yes
Children 12–23 mo of age receiving measles immunization in 2013 (%)	93
<b>Prevalence of chronic diseases (%)</b>	
Diabetes in persons 20–79 yr of age in 2013	5.9
HIV infection in 2014	0.4
<b>Prevalence of risk factors (%)</b>	
Obesity in adults ≥18 yr of age in 2014	19.4
Overweight in children <5 yr of age	NA
Underweight in children <5 yr of age	<1.0
Smoking in 2011	26

\* Data are from the World Bank, the Swiss Federal Office of Public Health, *Schweizerische Ärztezeitung*, the Organization for Economic Cooperation and Development, the Commonwealth Fund, the World Health Organization, and *indexmundi.com* and are for 2012, except as noted. GDP denotes gross domestic product, HIV human immunodeficiency virus, and NA not available.



NEJM 2015

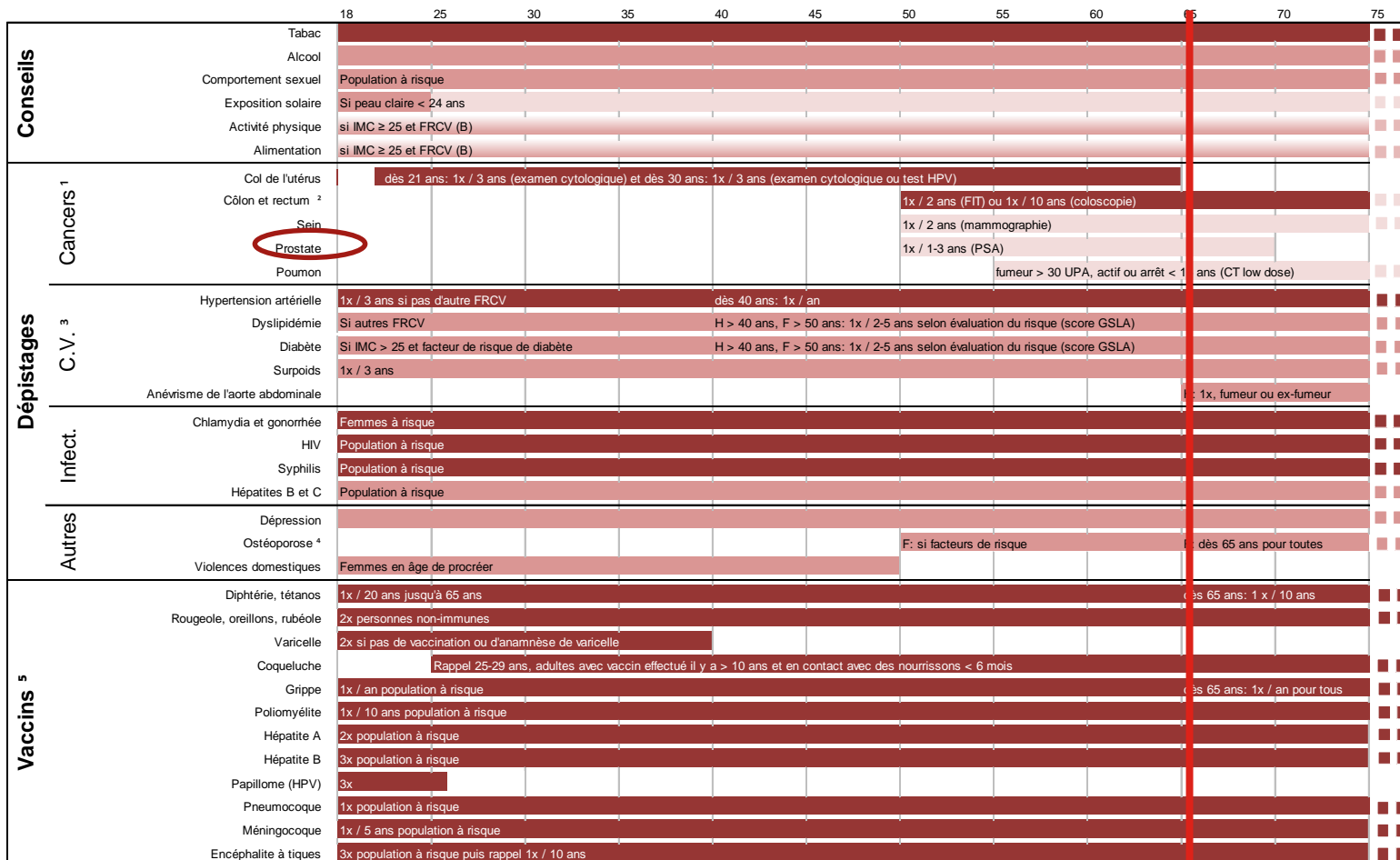
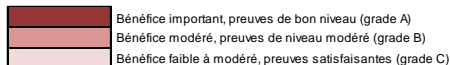
Selected Characteristics of the Health Care System and Health Outcomes in Switzerland.*	
Variable	Value
<b>Health expenditures</b>	
Per capita (U.S.\$)	8,980
Percentage of GDP	11.3
Out-of-pocket (% of private health expenditures)	73.4
Public sources (% of total)	61.7
<b>Health insurance</b>	
Percentage of population covered	>98
Source of funding	86% premiums from insured persons; 14% taxes (premium subsidies)
<b>Average physician income (U.S.\$)</b>	
Self-employed general practitioner in 2009	185,158
Self-employed specialist in 2009	100,700–388,700 (depending on specialty)
<b>Generalist–specialist balance in 2014 (%)</b>	
Generalists	37.4
Specialists	62.6
<b>Access</b>	
No. of hospital beds per 10,000 population in 2011	50
No. of physicians per 1000 population in 2011	3.9
Primary care physicians using electronic medical records (%)	41
<b>Life and death</b>	
Life expectancy at birth (yr)	83
Additional life expectancy at 60 yr (yr)	25
Annual no. of deaths per 1000 population	9
No. of infant deaths per 1000 live births in 2013	4
No. of deaths of children <5 yr of age per 1000 live births in 2013	4
No. of maternal deaths per 100,000 live births in 2013	6
<b>Fertility and childbirth</b>	
Average no. of births per woman	1.5
Births attended by skilled health personnel in 2006 (%)	100
Pregnant women receiving any prenatal care (%)	>90
<b>Preventive care</b>	
General availability of colorectal-cancer screening at primary care level	Yes
Children 12–23 mo of age receiving measles immunization in 2013 (%)	93
<b>Prevalence of chronic diseases (%)</b>	
Diabetes in persons 20–79 yr of age in 2013	5.9
HIV infection in 2014	0.4
<b>Prevalence of risk factors (%)</b>	
Obesity in adults ≥18 yr of age in 2014	19.4
Overweight in children <5 yr of age	NA
Underweight in children <5 yr of age	<1.0
Smoking in 2011	26

\* Data are from the World Bank, the Swiss Federal Office of Public Health, *Schweizerische Ärztezeitung*, the Organization for Economic Cooperation and Development, the Commonwealth Fund, the World Health Organization, and *indexmundi.com* and are for 2012, except as noted. GDP denotes gross domestic product, HIV human immunodeficiency virus, and NA not available.





# RECOMMANDATIONS EVIPREV



Version 09.2018, draft

F: femme, H: homme, IMC: indice de masse corporelle [kg/m<sup>2</sup>]  
 FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire, UPA: unité paquet année

<sup>1</sup> discussion promouvant le partage de la décision recommandée  
<sup>2</sup> remboursement par LAMal: 50-69 ans dans certains cantons  
<sup>3</sup> recommandations selon GSLA  
<sup>4</sup> ostéodensitométrie remboursée uniquement dans certains cas  
<sup>5</sup> recommandations selon l'OFSP

Les recommandations Eviprev sont soutenues par:



Les policliniques universitaires et instituts de famille des institutions suivantes ont participé à l'élaboration de ces recommandations: Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle

Responsabilité: PMU Lausanne

# Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline

Kari A O Tikkinen,<sup>1 2</sup> Philipp Dahm,<sup>3</sup> Lyubov Lytvyn,<sup>4</sup> Anja F Heen,<sup>5</sup> Robin W M Vernooij,<sup>6</sup> Reed A C Siemieniuk,<sup>4</sup> Russell Wheeler,<sup>7</sup> Bill Vaughan,<sup>8</sup> Awah Cletus Fobuzi,<sup>9 10</sup> Marco H Blanker,<sup>11</sup> Noelle Junod,<sup>12</sup> Johanna Sommer,<sup>13</sup> Jérôme Stirnemann,<sup>14</sup> Manabu Yoshimura,<sup>15</sup> Reto Auer,<sup>16 17</sup> Helen MacDonald,<sup>18</sup> Gordon Guyatt,<sup>4</sup> Per Olav Vandvik,<sup>5</sup> Thomas Agoritsas<sup>4 14 19</sup>

<https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3581>

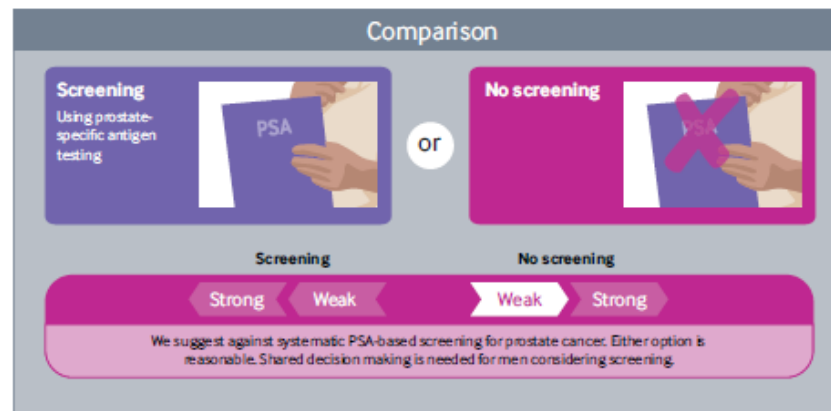
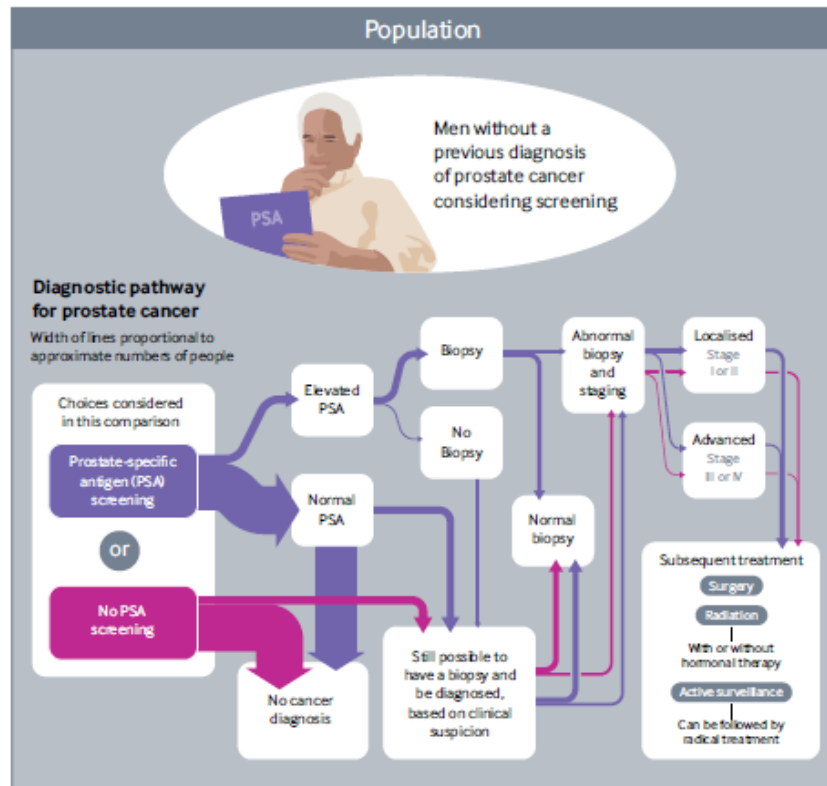
BMJ 2018;362:3581



**Table 1 | Major guideline recommendations on PSA screening\***

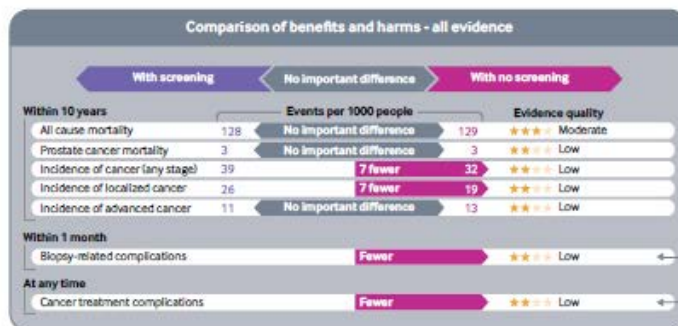
Organisation, last published update	Recommendation
US Preventive Services Task Force, 2018	Provide information about potential benefits and harms of screening for men aged 55-69 years Recommend against screening for men aged $\geq 70$ years
Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2014	Recommend against routine screening • Weak recommendation in men aged 55-69, and strong in other ages
American Cancer Society, 2016	Provide information about uncertainties, risks, and potential benefits of screening to enable informed decision making Recommend screening discussions for: • Men aged 50 years who are at average risk (expected to live at least 10 more years) • Men aged 45 years who are at high risk (African-Americans, and men with a first degree relative with prostate cancer diagnosed at $\leq 65$ years old) • Men aged 40 years who are at very high risk (more than one first degree relative with prostate cancer diagnosed at $\leq 65$ years old)
American Academy of Family Physicians, 2012	Adopted the US Preventive Services Task Force 2012 recommendation, which recommended against screening
American Urological Association, 2015	Shared decision making for men aged 55-69 years Recommend against routine screening in men aged $< 40$ years or those with life expectancy $< 10-15$ years
American College of Physicians, 2015	Shared decision making for men aged 50-69 years Recommend against screening in men aged $< 50$ or $\geq 70$ years, those with life expectancy $< 10$ years, and those who had not had informed discussion
US National Comprehensive Cancer Network, 2018	Offer screening to men aged 45-75 years. Begin discussing PSA screening with African-American men several years earlier than white men. Continue screening beyond 75 years old with caution in healthy patients with little or no comorbidity
European Association of Urology, 2018	Recommend against PSA testing without prior counselling on potential risks and benefits Offer an individualised, risk-adapted strategy for early detection to well informed men with good performance status and life expectancy $\geq 10-15$ years Recommend screening for men aged $\geq 50$ years, or $\geq 45$ years for men with positive family history or African-American ethnicity. Recommend against routine screening for men with life expectancy $< 15$ years
European Society for Medical Oncology, 2015	Recommend against population based screening
UK National Screening Committee, 2016	Recommend against systematic population screening

\*These guidelines have not taken account of the new evidence captured in our Rapid Recommendations.



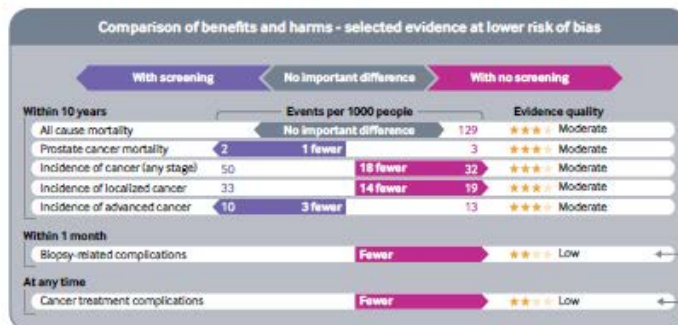
Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representations, conditions, or warranties that it is accurate or up-to-date. We and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see the terms and conditions <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

## RAPID RECOMMENDATIONS



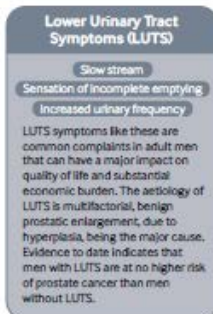
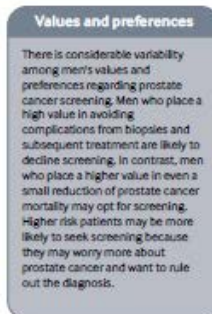
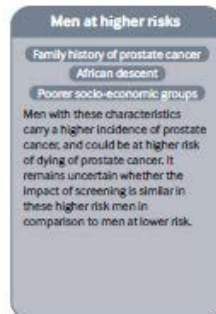
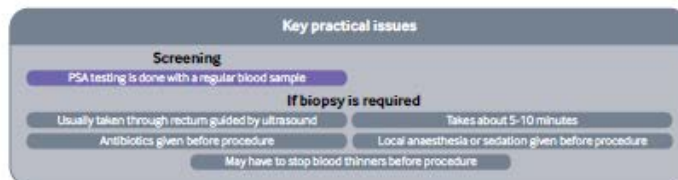
Among 1000 men with PSA screening more presented with complications due to prostate biopsies:

Blood in semen: 94  
Pain: 45  
Fever: 19  
Blood in urine: 67  
Hospitalized for sepsis: 1



Among 1000 men with PSA screening more presented with complications due to cancer treatment:

Erection not firm enough for intercourse: 25  
Urinary incontinence: 3




thebmj  
See an interactive version of this graphic online  
<http://bit.ly/BMjrmPSA>



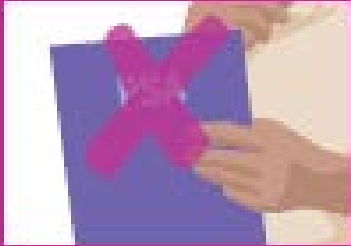
## Comparison

**Screening**  
Using prostate-specific antigen testing



OR

**No screening**



**Screening**

Strong   Weak

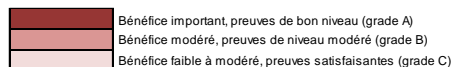
**No screening**

Weak   Strong

**We suggest against systematic PSA-based screening for prostate cancer. Either option is reasonable. Shared decision making is needed for men considering screening.**

Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representation, condition, or warranty that it is accurate or up-to-date. We do not accept any responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see the terms and conditions: <http://www.ibmj.com/company/legal-information/>

# RECOMMANDATIONS EVIPREV



		18	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75		
<b>Conseils</b>	Tabac	[Dark red bar]													
	Alcool	[Dark red bar]													
	Comportement sexuel	[Dark red bar]													
	Exposition solaire	[Dark red bar]													
	Activité physique	[Dark red bar]													
	Alimentation	[Dark red bar]													
<b>Dépistages</b>	<b>Cancers<sup>1</sup></b>	Col de l'utérus	[Dark red bar]												
		Côlon et rectum <sup>2</sup>	[Dark red bar]												
		Sein	[Dark red bar]												
		Prostate	[Dark red bar]												
		<b>Poumon</b>	[Dark red bar]												
<b>Dépistages</b>	<b>C.V.<sup>3</sup></b>	Hypertension artérielle	[Dark red bar]												
		Dyslipidémie	[Dark red bar]												
		Diabète	[Dark red bar]												
		Surpoids	[Dark red bar]												
		Anévrisme de l'aorte abdominale	[Dark red bar]												
		<b>Infect.</b>	Chlamydia et gonorrhée	[Dark red bar]											
			HIV	[Dark red bar]											
			Syphilis	[Dark red bar]											
			Hépatites B et C	[Dark red bar]											
		<b>Autres</b>	Dépression	[Dark red bar]											
Ostéoporose <sup>4</sup>	[Dark red bar]														
Violences domestiques	[Dark red bar]														
<b>Vaccins<sup>5</sup></b>	Diphtérie, tétanos	[Dark red bar]													
	Rougeole, oreillons, rubéole	[Dark red bar]													
	Varicelle	[Dark red bar]													
	Coqueluche	[Dark red bar]													
	Grippe	[Dark red bar]													
	Poliomyélite	[Dark red bar]													
	Hépatite A	[Dark red bar]													
	Hépatite B	[Dark red bar]													
	Papillome (HPV)	[Dark red bar]													
	Pneumocoque	[Dark red bar]													
	Méningocoque	[Dark red bar]													
	Encéphalite à tiques	[Dark red bar]													

Version 09.2018, draft

F: femme, H: homme, IMC: indice de masse corporelle [kg/m<sup>2</sup>]  
 FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire, UPA: unité paquet année

<sup>1</sup> discussion promouvant le partage de la décision recommandée  
<sup>2</sup> remboursement par LAMal: 50-69 ans dans certains cantons  
<sup>3</sup> recommandations selon GSLA  
<sup>4</sup> ostéodensitométrie remboursée uniquement dans certains cas  
<sup>5</sup> recommandations selon l'OFSP

Les recommandations EviPrev sont soutenues par:



Les policliniques universitaires et instituts de famille des institutions suivantes ont participé à l'élaboration de ces recommandations: Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle

Responsabilité: PMU Lausanne

Dépistage du cancer  
pulmonaire?  
Que dites-vous à ce  
patient?

## Recommendation Summary

### *Summary of Recommendation and Evidence*

Population	Recommendation	Grade (What's This?)
Adults Aged 55-80, with a History of Smoking	The USPSTF recommends annual screening for lung cancer with low-dose computed tomography (LDCT) in adults aged 55 to 80 years who have a 30 pack-year smoking history and currently smoke or have quit within the past 15 years. Screening should be discontinued once a person has not smoked for 15 years or develops a health problem that substantially limits life expectancy or the ability or willingness to have curative lung surgery.	<b>B</b>

[Return to Table of Contents](#)

# US Preventive services Task Force

The USPSTF recommends

- annual screening for lung cancer with low-dose computed tomography (LDCT)
- in adults aged 55 to 80 years who have a 30 pack-year smoking history and currently smoke or have quit within the past 15 years.
- Screening should be discontinued once a person develops a health problem that substantially limits life expectancy.



# National Lung Screening Trial

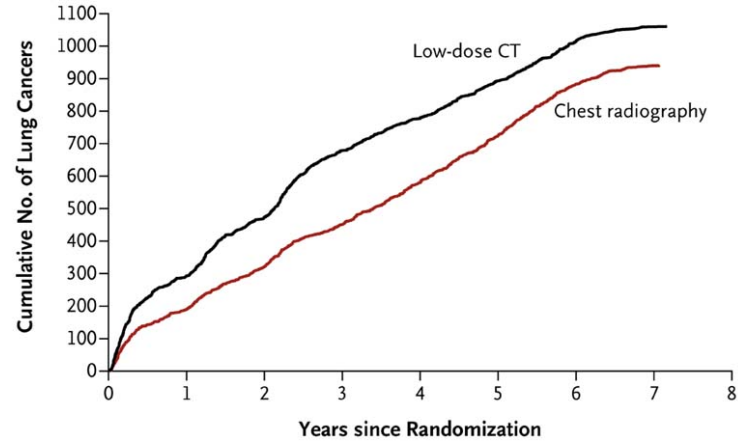
- 53'454 patients, 33 centres USA
  - âge 55-74 ans
  - tabagisme  $\geq 30$  UPA actif ou arrêté depuis  $< 15$  ans
  - exclus si: cancer pulmonaire, scanner thorax  $< 18$  mois, ou perte pondérale inexplicée
  - randomisation en 2 groupes:
    - scanner thoracique faible dose
    - radiographie thoracique face profil
- } 1x/an pendant 3 ans
- si nodule non calcifié  $\geq 4$  mm au CT ou n'importe quelle taille à la RX  $\rightarrow$  « suspicion de cancer »  $\rightarrow$  bilan diagnostique et traitement
  - variable principale: mortalité par cancer

# NLST

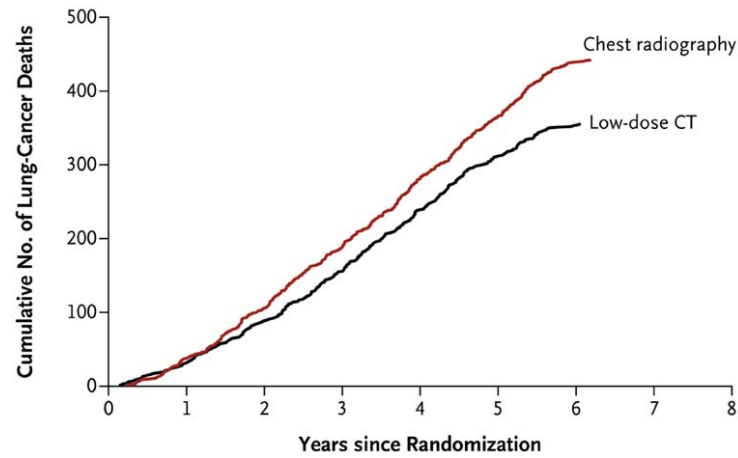
- bilan diagnostique chez >90% des dépistés positifs
- fumeurs 48%, ex-fumeurs 52%
- adhérence au protocole  $\geq 93\%$
- CT hors protocole dans groupe RX (contamination) 4.3%
- suivi médian 6.5 ans



### A Lung Cancer



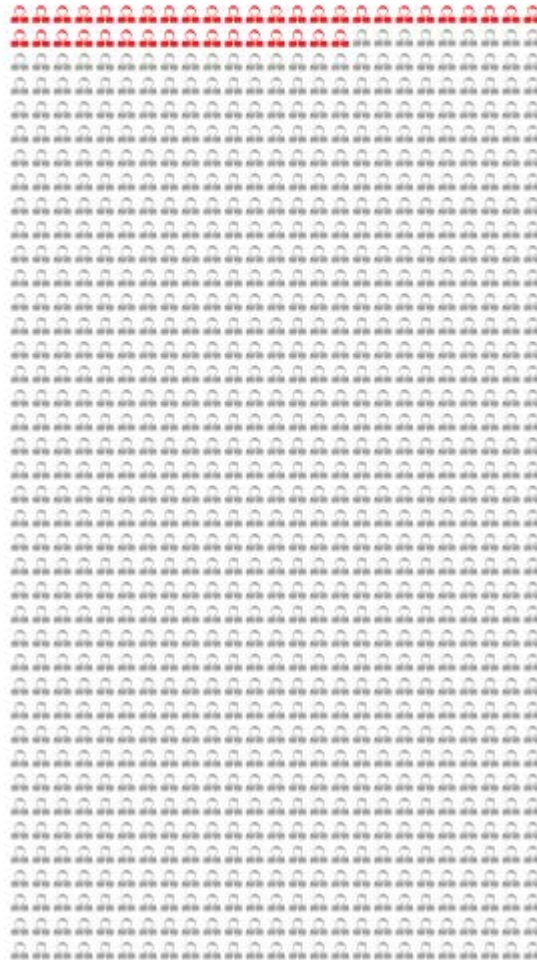
### B Death from Lung Cancer



Compared to other people like you, there will be 8 fewer deaths out of 1000 in the next 6 years if you get screened.

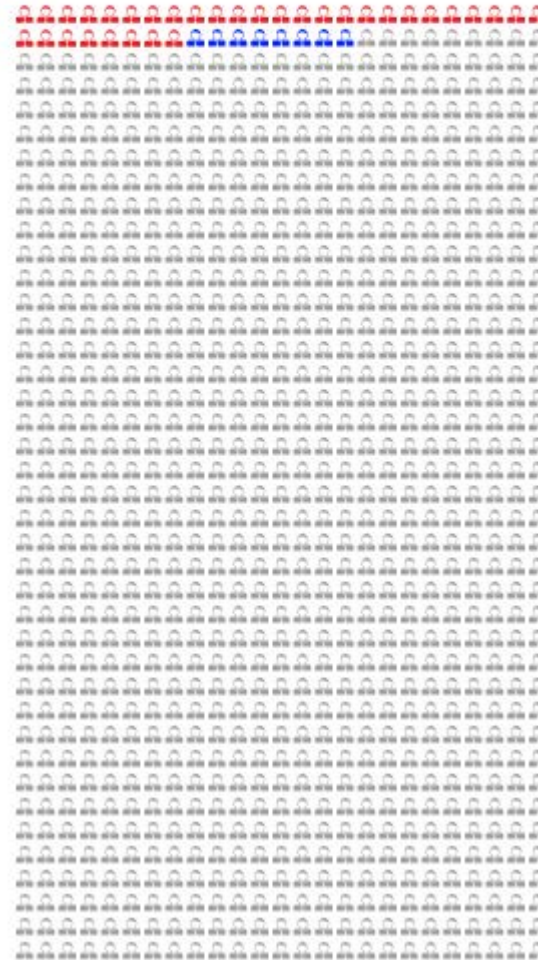
### NOT SCREENED

41 deaths from lung cancer



### SCREENED

33 deaths from lung cancer  
8 fewer lung cancer deaths due to screening



### *Implementation of a Lung Cancer Screening Program*

#### **Screening Eligibility, Screening Intervals, and Starting and Stopping Ages**

The NLST, the largest RCT to date with more than 50,000 patients, enrolled participants aged 55 to 74 years at the time of randomization who had a tobacco use history of at least 30 pack-years and were current smokers or had quit within the past 15 years<sup>4</sup>. The USPSTF recommends extending the program used in the NLST through age 80 years. Screening should be discontinued once the person has not smoked for 15 years.

The NLST enrolled generally healthy persons, and the findings may not accurately reflect the balance of benefits and harms in those with comorbid conditions. The USPSTF recommends discontinuing screening if a person develops a health problem that substantially limits life expectancy or the ability or willingness to have curative lung surgery.

Clinicians will encounter patients who are interested in screening but do not meet the criteria of high risk for lung cancer as described previously. The balance of benefits and harms of screening may be unfavorable in these lower-risk patients. Current evidence is lacking on the net benefit of expanding LDCT screening to include lower-risk patients. It is important that persons who are at lower risk for lung cancer be aware of the potential harms of screening. Future improvements in risk assessment tools will help clinicians better individualize patients' risks<sup>5</sup>.

#### **Smoking Cessation Counseling**

All persons enrolled in a screening program should receive smoking cessation interventions. To be consistent with the USPSTF recommendation on counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease, persons who are referred to a lung cancer screening program through primary care should receive these interventions before referral. Because many persons may enter screening through pathways besides referral from primary care, the USPSTF encourages incorporating such interventions into the screening program.

#### **Shared Decision Making**

Shared decision making is important for persons within the population for whom screening is recommended. The benefit of screening varies with risk because persons who are at higher risk because of smoking history or other risk factors are more likely to benefit. Screening cannot prevent most lung cancer deaths, and smoking cessation remains essential. Lung cancer screening has substantial harms, most notably the risk for false-positive results and incidental findings that lead to a cascade of testing and treatment that may result in more harms, including the anxiety of living with a lesion that may be cancer. Overdiagnosis of lung cancer and the risks of radiation are real harms, although their magnitude is uncertain. The decision to begin screening should be the result of a thorough discussion of the possible benefits, limitations, and known and uncertain harms.

#### **Standardization of LDCT Screening and Follow-Up of Abnormal Findings**

The evidence for the effectiveness of screening for lung cancer with LDCT comes from RCTs done in large academic medical centers with expertise in using LDCT and diagnosing and managing abnormal lung lesions. Clinical settings that have high rates of diagnostic accuracy using LDCT, appropriate follow-up protocols for positive results, and clear criteria for doing invasive procedures are more likely to duplicate the results found in trials. The USPSTF supports adherence to quality standards for LDCT<sup>6</sup> and establishing protocols to follow up abnormal results, such as those proposed by the National Comprehensive Cancer Network<sup>7</sup>. A mechanism should be implemented to ensure adherence to these standards.

In the context of substantial uncertainty about how best to manage individual lesions, as well as the magnitude of some of the harms of screening, the USPSTF encourages the development of a registry to ensure that appropriate data are collected from screening programs to foster continuous improvement over time. The registry should also compile data on incidental findings and the testing and interventions that occur as a result of these findings.

### *Research Needs and Gaps*

Smoking prevalence and lung cancer incidence are higher among socioeconomically disadvantaged populations, and more research is needed in these groups. In addition, if lung cancer screening with LDCT is implemented more widely in diverse community settings, it is important to evaluate whether variability in follow-up protocols of positive results on LDCT scans results in a different balance of benefits and harms than that observed in RCTs.

More research is also needed on the use of biomarkers to focus LDCT efforts in persons who are at highest risk for lung cancer. The role of biomarkers in accurately discriminating between benign and malignant nodules and in identifying more aggressive disease needs to be determined.



## Other Considerations

### *Implementation of a Lung Cancer Screening Program*

#### **Screening Eligibility, Screening Intervals, and Starting and Stopping Ages**

The NLST, the largest RCT to date with more than 50,000 patients, enrolled participants aged 55 to 74 years at the time of randomization who had a tobacco use history of at least 30 pack-years and were current smokers or had quit within the past 15 years<sup>4</sup>. The USPSTF recommends extending the program used in the NLST through age 80 years. Screening should be discontinued once the person has not smoked for 15 years.

The NLST enrolled generally healthy persons, and the findings may not accurately reflect the balance of benefits and harms in those with comorbid conditions. The USPSTF recommends discontinuing screening if a person develops a health problem that substantially limits life expectancy or the ability or willingness to have curative lung surgery.

Clinicians will encounter patients who are interested in screening but do not meet the criteria of high risk for lung cancer as described previously. The balance of benefits and harms of screening may be unfavorable in these lower-risk patients. Current evidence is lacking on the net benefit of expanding LDCT screening to include lower-risk patients. It is important that persons who are at lower risk for lung cancer be aware of the potential harms of screening. Future improvements in risk assessment tools will help clinicians better individualize patients' risks<sup>5</sup>.

#### **Smoking Cessation Counseling**

All persons enrolled in a screening program should receive smoking cessation interventions. To be consistent with the USPSTF recommendation on counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease, persons who are referred to a lung cancer screening program through primary care should receive these interventions before referral. Because many persons may enter screening through pathways besides referral from primary care, the USPSTF encourages incorporating such interventions into the screening program.

#### **Shared Decision Making**

Shared decision making is important for persons within the population for whom screening is recommended. The benefit of screening varies with risk because persons who are at higher risk because of smoking history or other risk factors are more likely to benefit. Screening cannot prevent most lung cancer deaths, and smoking cessation remains essential. Lung cancer screening has substantial harms, most notably the risk for false-positive results and incidental findings that lead to a cascade of testing and treatment that may result in more harms, including the anxiety of living with a lesion that may be cancer. Overdiagnosis of lung cancer and the risks of radiation are real harms, although their magnitude is uncertain. The decision to begin screening should be the result of a thorough discussion of the possible benefits, limitations, and known and uncertain harms.

#### **Standardization of LDCT Screening and Follow-Up of Abnormal Findings**

The evidence for the effectiveness of screening for lung cancer with LDCT comes from RCTs done in large academic medical centers with expertise in using LDCT and diagnosing and managing abnormal lung lesions. Clinical settings that have high rates of diagnostic accuracy using LDCT, appropriate follow-up protocols for positive results, and clear criteria for doing invasive procedures are more likely to duplicate the results found in trials. The USPSTF supports adherence to quality standards for LDCT<sup>6</sup> and establishing protocols to follow up abnormal results, such as those proposed by the National Comprehensive Cancer Network<sup>7</sup>. A mechanism should be implemented to ensure adherence to these standards.

In the context of substantial uncertainty about how best to manage individual lesions, as well as the magnitude of some of the harms of screening, the USPSTF encourages the development of a registry to ensure that appropriate data are collected from screening programs to foster continuous improvement over time. The registry should also compile data on incidental findings and the testing and interventions that occur as a result of these findings.

#### **Research Needs and Gaps**

Smoking prevalence and lung cancer incidence are higher among socioeconomically disadvantaged populations, and more research is needed in these groups. In addition, if lung cancer screening with LDCT is implemented more widely in diverse community settings, it is important to evaluate whether variability in follow-up protocols of positive results on LDCT scans results in a different balance of benefits and harms than that observed in RCTs.

More research is also needed on the use of biomarkers to focus LDCT efforts in persons who are at highest risk for lung cancer. The role of biomarkers in accurately discriminating between benign and malignant nodules and in identifying more aggressive disease needs to be determined.

[Return to Table of Contents](#)

## CT Scanning for Lung Cancer Screening in High-Risk Smokers

217 for death

### In Summary, for those who received a CT scan:

#### Benefits in NNT

- 1 in 217 were helped (prevented death)

#### Harms in NNT

- 1 in 4 were harmed (false positive CT scan)
- 1 in 30 were harmed (unnecessary surgery)
- 1 in 161 were harmed (surgical complication)

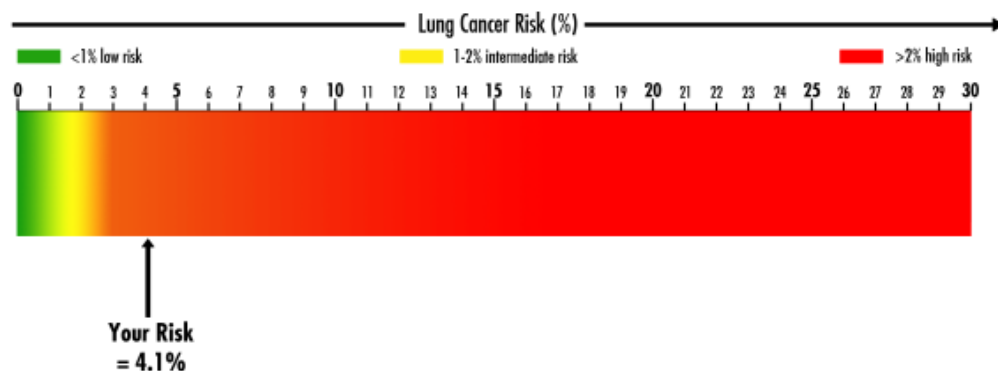
View As:  NNT  %

#### Details for this Review

#### Further References

**Source:** [Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011 Aug 4;365\(5\):395-409. Epub 2011 Jun 29. PubMed PMID: 21714641.](#)

The chance of you developing lung cancer in the next 6 years is 4.1%. Talk to your doctor about the option to screen or not to screen as s/he will understand your situation best.



## BENEFITS



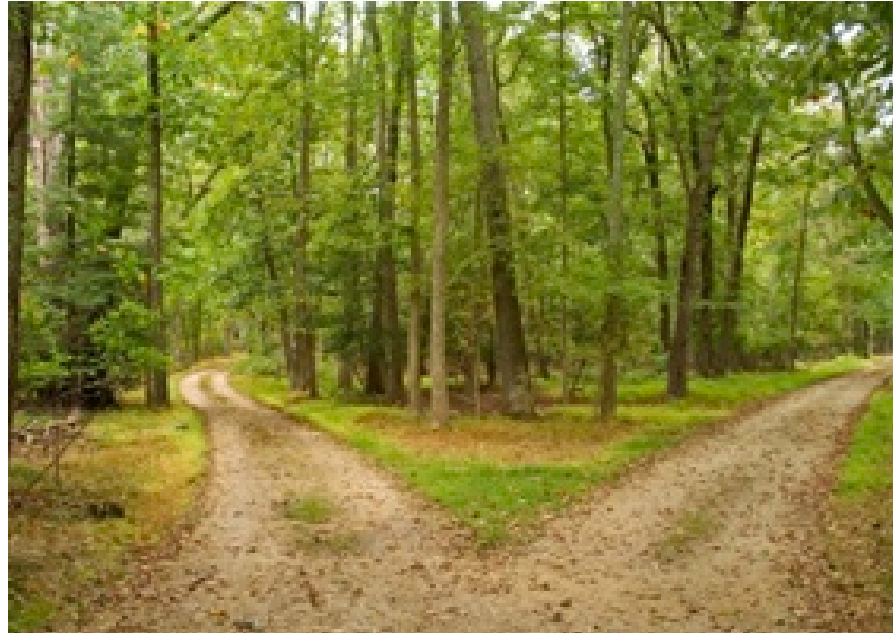
**8 in 1000**

fewer people like you will die from lung cancer among those who were screened compared to those who were not screened.

## HARMS

- 365 in 1000 people who were screened found a lung nodule that was not cancer.
- 18 in 1000 had an invasive procedure, such as biopsy or surgery, due to a lung nodule that was not cancer.
- 3 in 1000 had a major complication from invasive procedures.
- ◆ Of the lung cancers found by screening, about 1 in 10 would have never harmed you (overdiagnosis). This may lead to unnecessary treatment and complications.





PERSPECTIVE

SHARED DECISION MAKING

# Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care

Michael J. Barry, M.D., and Susan Edgman-Levitan, P.A.

---

PALAIS DES CONGRÈS  
**PARIS**  
05 - 07 AVRIL

12<sup>E</sup> CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE  
**CMGF 2018**

# LES 5 GRANDES THÉMATIQUES DU CMGF 2018

1. La médecine générale dans le débat public
2. L'implication des patients, la décision partagée et le rôle des aidants
3. La médecine générale au coeur de la pluri-professionalité
4. Le Collège de la Médecine Générale (CMG), les autres disciplines et les institutions de santé
5. Le Collège de la Médecine Générale à l'international
  - Cross perspective of GPs in Europe and international countries
  - Médecine générale, soins primaires et francophonie

1. La médecine générale dans le débat public
2. L'implication des patients, la décision partagée et le rôle des aidants
3. La médecine générale au coeur de la pluri-professionalité
4. Le Collège de la Médecine Générale (CMG), les autres disciplines et les institutions de santé
5. Le Collège de la Médecine Générale à l'international
  - Cross perspective of GPs in Europe and international countries
  - Médecine générale, soins primaires et francophonie

## LA DÉCISION PARTAGÉE : QUELLE PLACE, APPORT ET BÉNÉFICE POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS ?

### Avec la participation de la HAS

09h00 – 10h30

Modérateurs : Muriel LONDRES, coordinatrice d'[im]Patients, Chroniques & Associés  
Matthieu SCHUERS, Neufchâtel-en-Bray, CMG



- Décision partagée : le regard d'un médecin généraliste.

*Emmanuel LEFEBVRE, Saint-Ouen-de-Thouberville*

- Le point de vue des patients sur la décision partagée l'exemple du dépistage du cancer du sein.

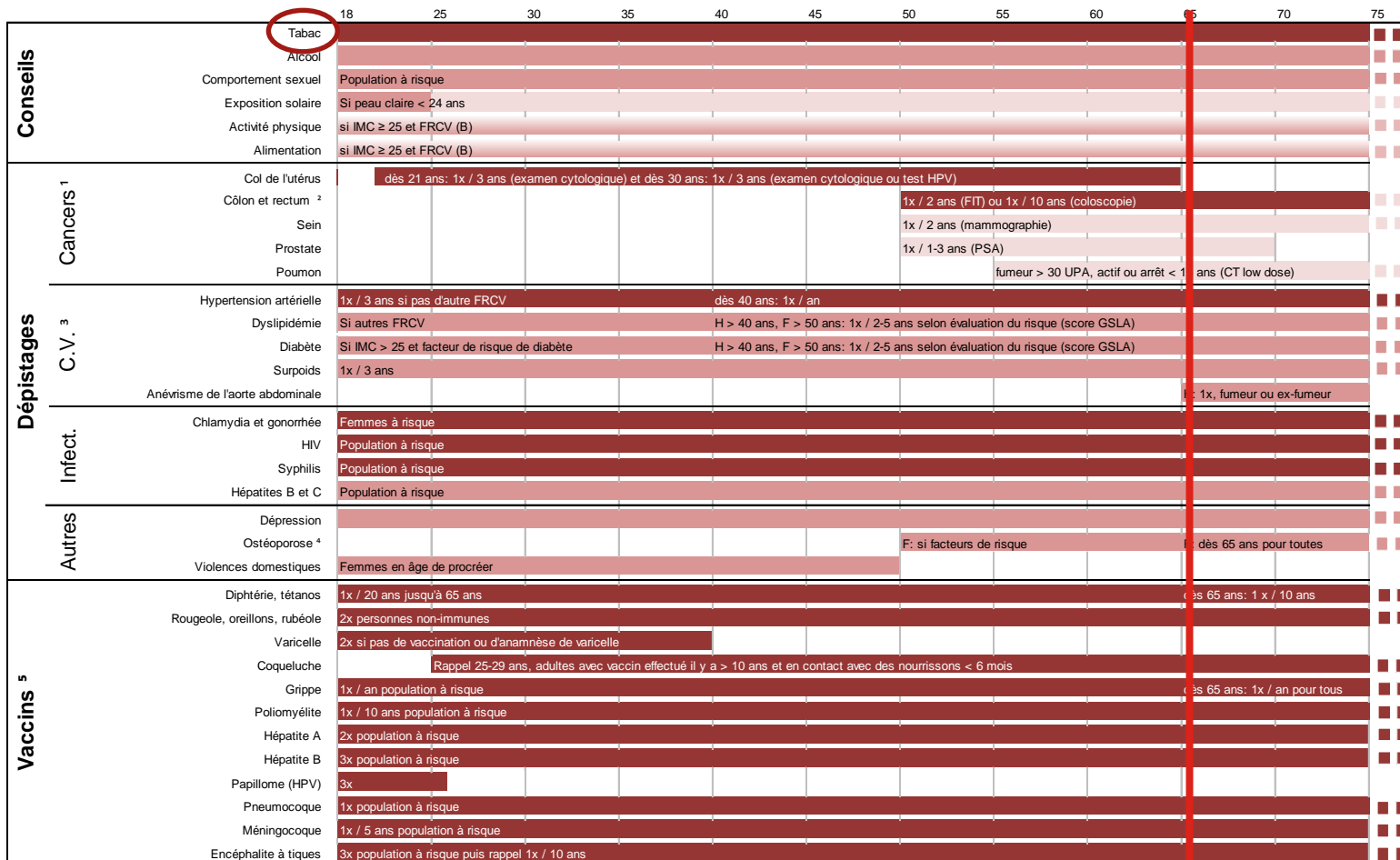
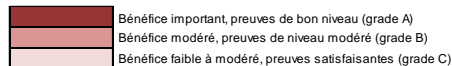
*Catherine CERISEY, Paris*

- Décision partagée : quels outils ? quelle évaluation ?

*Joëlle ANDRÉ-VERT, HAS*

- Décision partagée et responsabilité : quelles conséquences pour les soignants ? *David SIMHON, avocat à Paris*

# RECOMMANDATIONS EVIPREV



Version 09.2018, draft

F: femme, H: homme, IMC: indice de masse corporelle [kg/m<sup>2</sup>]  
 FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire, UPA: unité paquet année

<sup>1</sup> discussion promouvant le partage de la décision recommandée  
<sup>2</sup> remboursement par LAMal: 50-69 ans dans certains cantons  
<sup>3</sup> recommandations selon GSLA  
<sup>4</sup> ostéodensitométrie remboursée uniquement dans certains cas  
<sup>5</sup> recommandations selon l'OFSP

Les recommandations Eviprev sont soutenues par:



Les policliniques universitaires et instituts de famille des institutions suivantes ont participé à l'élaboration de ces recommandations: Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle

Responsabilité: PMU Lausanne



# Cigarette électronique ? Non: vaporette

1<sup>ère</sup> génération



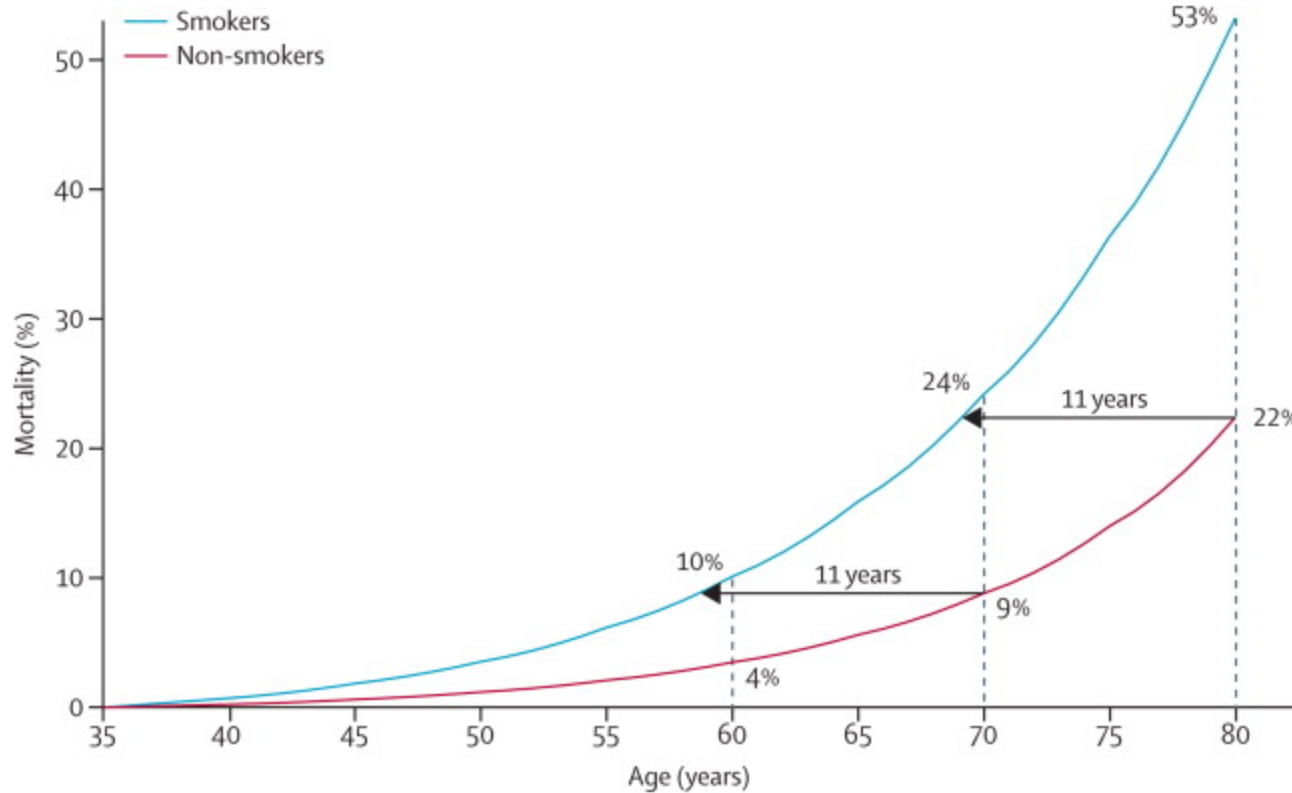
2<sup>ème</sup> génération



3<sup>ème</sup> génération



# Mortality in tobacco smokers



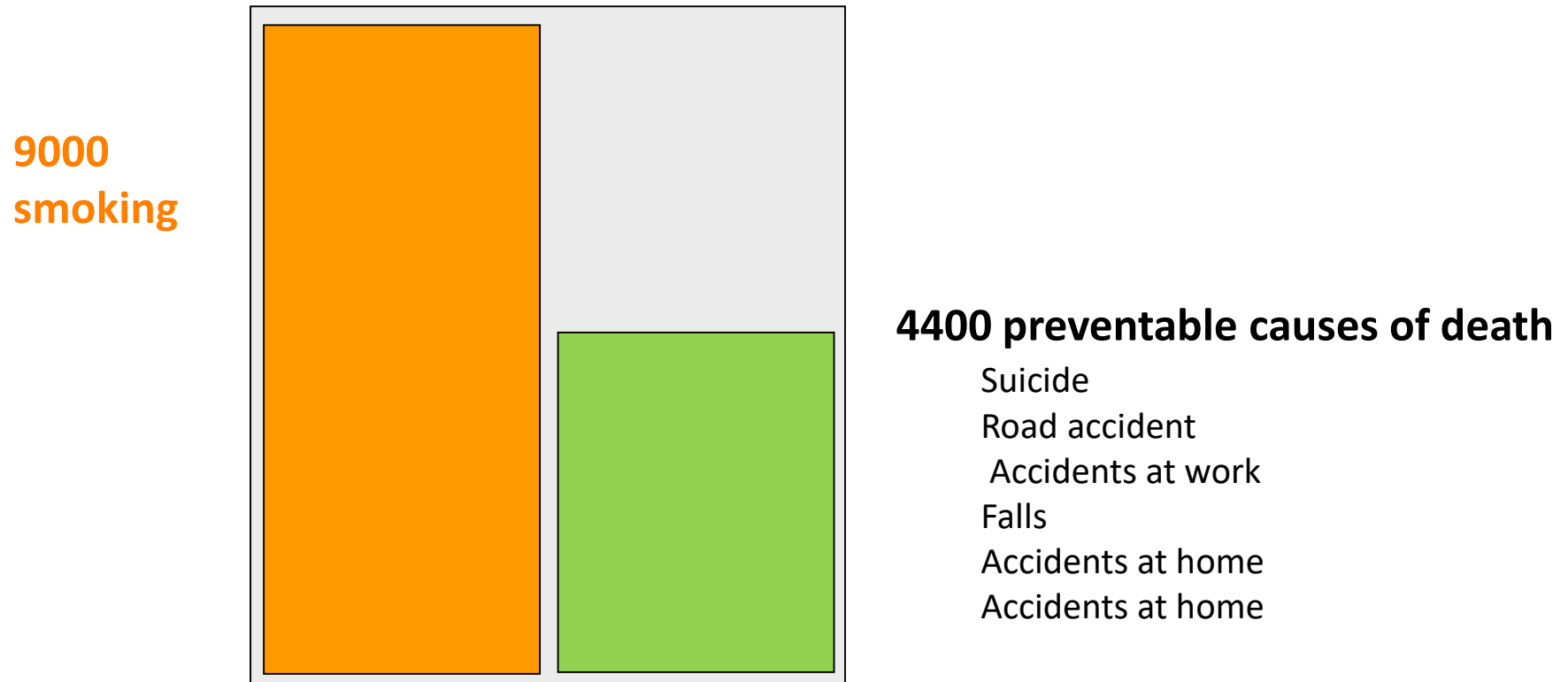
Lancet January 12, 2012





# Switzerland

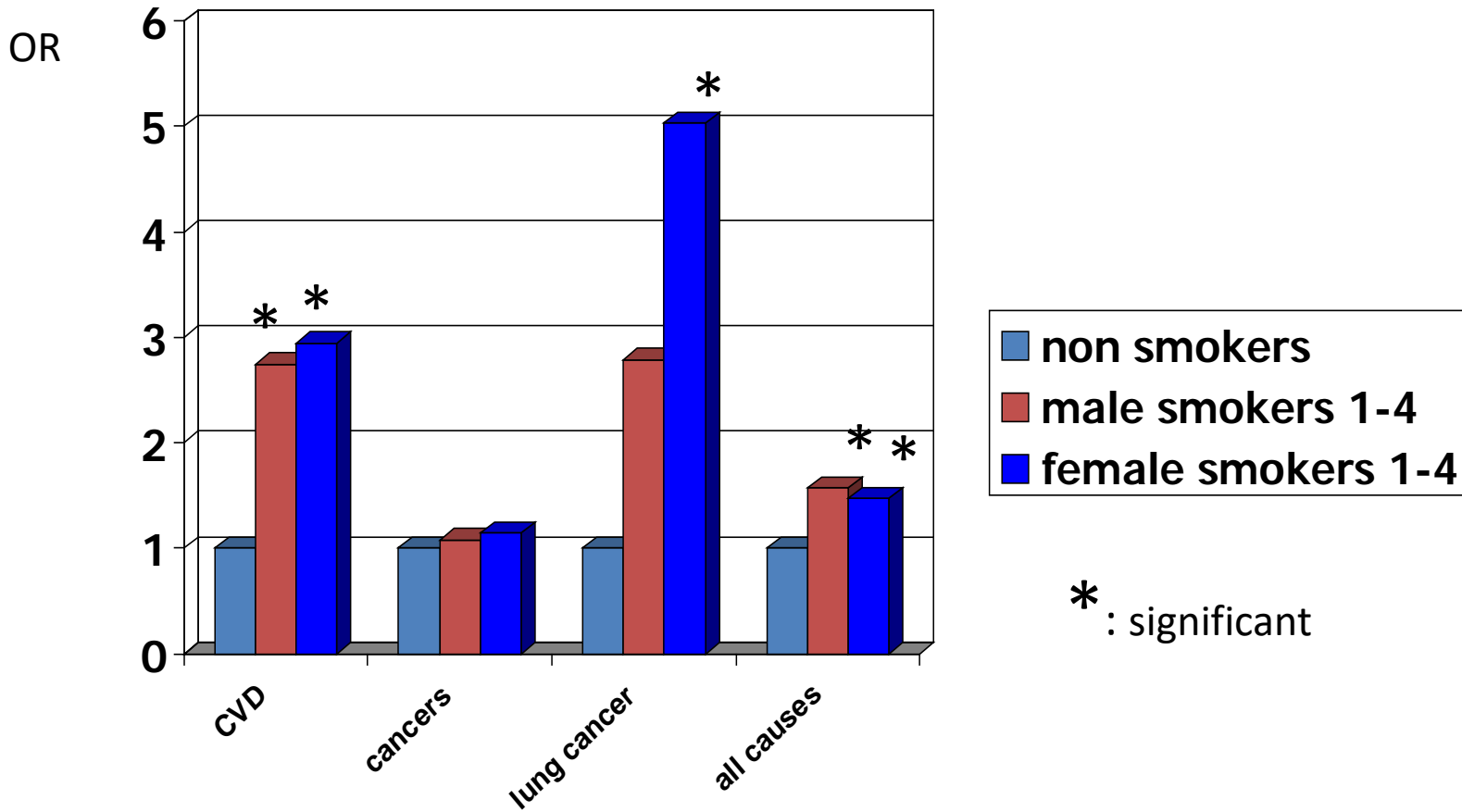
Smoking tobacco causes about twice as many deaths as all preventable causes put together



A quarter of the smoking related deaths occurred in < 65 years of age

# Mortality associated with 1 - 4 cigarettes/day

Survey of 23000 men and 19000 women followed over 30 years in Norway



# Royal College of Physicians - 2016

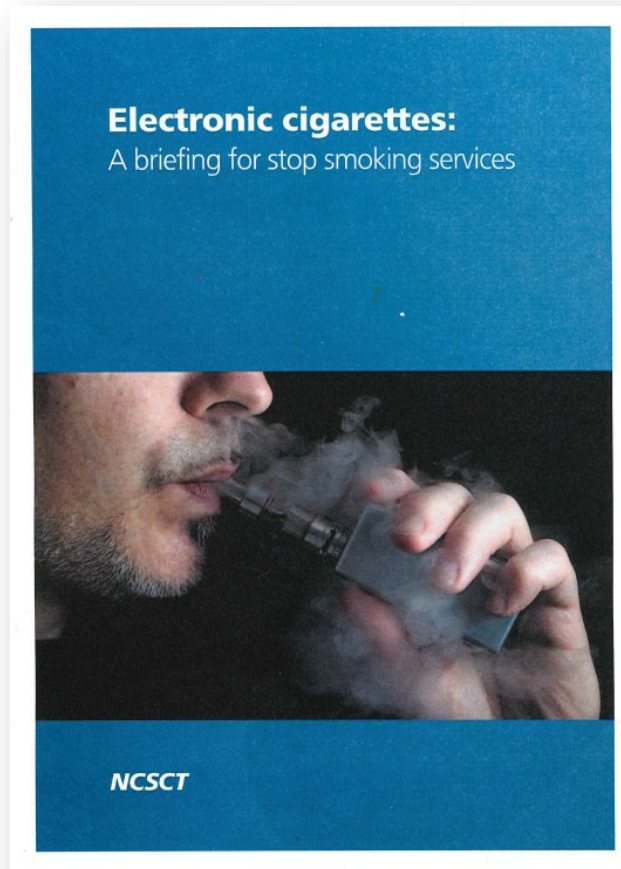


## Nicotine without smoke Tobacco harm reduction

A report by the Tobacco Advisory Group  
of the Royal College of Physicians

April 2016

# UK National Center for Smoking cessation and training



Protecting and improving the nation's health

## **E-cigarettes: an evidence update** A report commissioned by Public Health England

### **Authors:**

**McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC**  
Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, National Addiction Centre, King's  
College London  
UK Centre for Tobacco & Alcohol Studies

**Hajek P, McRobbie H (Chapters 9 and 10)**  
Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and The London School of Medicine and  
Dentistry Queen Mary, University of London  
UK Centre for Tobacco & Alcohol Studies



## UK position

- E-cigarettes *appear* to be effective when used by smokers as **an aid to quitting smoking**.
- The hazard to health arising from long-term vapour inhalation from the e-cigarettes available today is unlikely to exceed **5% of the harm from smoking tobacco**.
- E-cigarettes are much more popular than NRT as a substitute and might be a competitor for tobacco cigarettes.

## Recommendations for practice

1. Be open to e-cigarette use in people keen to try them; especially in those who have tried and failed to stop smoking using licensed stop smoking medicines.
2. Provide advice on e-cigarettes that includes:
  - E-cigarettes provide nicotine in a form that is much safer than smoking.
  - Some people find e-cigarettes helpful for quitting, cutting down their nicotine intake and/or managing temporary abstinence.
  - There is a wide range of e-cigarettes and people may need to try various types, flavours and nicotine dosages before they find a product that they like.
  - E-cigarette use is not like smoking and people may need to experiment and learn to use them effectively (e.g. longer 'drags' may be required and a number of short puffs may be needed initially to activate the vapouriser and improve nicotine delivery). They may also need to recognise when atomisers need replacing.<sup>8</sup>
  - People previously using e-cigarettes while smoking (e.g. to reduce the number of cigarettes that they smoke) may need to consider changing devices and/or nicotine concentrations when making a quit attempt.<sup>9</sup>
  - Although some health risks from e-cigarette use may yet emerge, these are likely, at worst, to be a small fraction of the risks of smoking. This is because e-cigarette vapour does not contain the products of combustion (burning) that cause lung and heart disease, and cancer.
3. Multi-session behavioural support provided by trained stop smoking practitioners will improve the chances of successfully stopping smoking whether or not people use e-cigarettes. It may be useful to encourage clients to familiarise themselves with the use of their e-cigarette before setting a quit date.

**TABLEAU 1****Informations et recommandations sur le vapotage**

Situations	Informations	Recommandations proposées
<b>Fumeur intéressé à vapoter pour arrêter de fumer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des risques pour la santé si arrêt complet du tabac</li> <li>• Manque de connaissances sur les effets sur la santé à long terme</li> <li>• Risque d'addiction à la cigarette électronique</li> <li>• Efficacité pour l'arrêt possible, mais pas clairement démontrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitements pharmacologiques (substituts nicotiniques, varénicline, bupropion) à recommander en priorité</li> <li>• Ne pas décourager le vapotage si le patient choisit ce moyen pour arrêter de fumer</li> <li>• Soutenir la démarche d'arrêt quelle que soit la méthode choisie</li> </ul>
<b>Fumeur intéressé à vapoter pour réduire sa consommation de tabac</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction possible mais pas certaine de l'exposition aux substances nocives de la fumée du tabac</li> <li>• Possible renforcement de la confiance en soi pour l'arrêt</li> <li>• Manque de connaissances sur les effets à long terme sur la santé de la consommation duale et sur son rôle dans l'arrêt du tabac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller l'arrêt complet du tabac</li> <li>• Traitements pharmacologiques à recommander en priorité pour soutenir la réduction de la consommation</li> <li>• Ne pas décourager le vapotage si le patient choisit ce moyen</li> <li>• Soutenir la démarche de réduction, quelle que soit la méthode choisie, en visant un arrêt complet</li> </ul>
<b>Fumeur vapotant (usage dual)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction possible mais pas certaine de l'exposition aux substances nocives de la fumée du tabac</li> <li>• Manque de connaissances sur les effets à long terme sur la santé de la consommation duale et sur son rôle dans l'arrêt du tabac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller l'arrêt complet du tabac</li> <li>• Recommander des substituts nicotiniques ou conseiller d'utiliser un liquide avec une concentration de nicotine plus élevée</li> <li>• Encourager la réduction de la consommation de tabac, en visant un arrêt complet</li> </ul>
<b>Ex-fumeur vapotant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nette réduction des risques pour la santé par rapport au tabagisme</li> <li>• Manque de connaissances sur les effets à long terme du vapotage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoriser l'arrêt du tabac</li> <li>• Conseiller après quelques semaines d'arrêt du tabac de diminuer progressivement la concentration de nicotine</li> <li>• Viser à moyen terme un arrêt du vapotage</li> </ul>
<b>Ex-fumeur intéressé à vapoter pour retrouver les effets de la cigarette sans les risques pour la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque possible de rechute, en particulier en présence de nicotine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déconseiller l'utilisation de la cigarette électronique</li> </ul>

# Social networks, websites, ...



[Contact](#) | [Plan du site](#) | [Favoris](#)

[Panier: \(vide\)](#)

Bienvenue | [Se connecter](#)

- Accueil
- Tabacs
- Fruits
- Boissons
- Gourmands
- Plantes
- E-cigarettes
- Accessoires

## DÉJÀ VUS



**Ton Win...**  
E-liquide pour cigarette électronique aux...



**Capital Cuba**  
E-liquide pour cigarette électronique aux...

## INFORMATION

- ▶ [Livraison](#)
- ▶ [Conditions d'utilisation](#)
- ▶ [Paiement sécurisé](#)
- ▶ [E-liquide et e-cigarette](#)
- ▶ [Mode d'emploi](#)

**1 e-liquide gratuit pour 6 achetés**

**2 e-liquides gratuits pour 10 achetés**



- [Partager sur Facebook](#)
- [Envoyer à un-e ami-e](#)
- [Imprimer](#)

## Desert Tobacco

E-liquide pour cigarette électronique aux **arômes naturels de tabac blond doux**.

Nicotine :

Flacon :

Base :

Quantité:

Note ★★★★★

▶ [Lire les commentaires \(2\)](#)

**7.50 CHF**

[Ajouter au panier](#)

En achetant ce produit, vous gagnerez **7 points Nebulus**. Votre panier totalisera **7 points** que vous pourrez transformer en bon de réduction.

- [En savoir plus](#)
- [Caractéristiques](#)
- [Commentaires](#)

E-liquide de qualité Premium pour cigarettes électroniques **aux arômes naturels de tabac blond doux**. Goût Camel, un grand classique souvent considéré comme la référence des e-liquides au goût de tabac. Très peu sucré.

Teneur en nicotine:

- 0mg: sans nicotine
- 6mg: pour fumeur/fumeuse de moins de 10 cigarettes par jour
- 11mg-12mg: pour fumeur/fumeuse de 10-15 cigarettes par jour
- 16mg: pour fumeur/fumeuse de 15-20 cigarettes par jour
- 18mg: pour fumeur/fumeuse de plus de 20 cigarettes par jour.

## MEILLEURS PRIX



**Batterie Vision Spinner II**  
~~48.50 CHF~~  
**40.50 CHF**

» [Tous les meilleurs prix](#)

## LES PLUS DEMANDÉS



**1 Ton Win Tobacco**  
**7.50 CHF**



**2 Big Ben**  
**7.50 CHF**



**3 Clearomiseur eGo CE4**  
**5.40 CHF**



**4 Cannabis Flux**  
**7.50 CHF**



**5 Desert Tobacco**  
**7.50 CHF**

» [Tous les plus demandés](#)

## NOUVEAU





# Produits chauffant le tabac

- Systèmes avec batterie
- Cigarettes spéciales ou capsules de tabac
- Produits contenant du tabac
- Produits commercialisés en Suisse à partir de 2015



# Quelle est la composition de l'aérosol des produits du tabac chauffé?

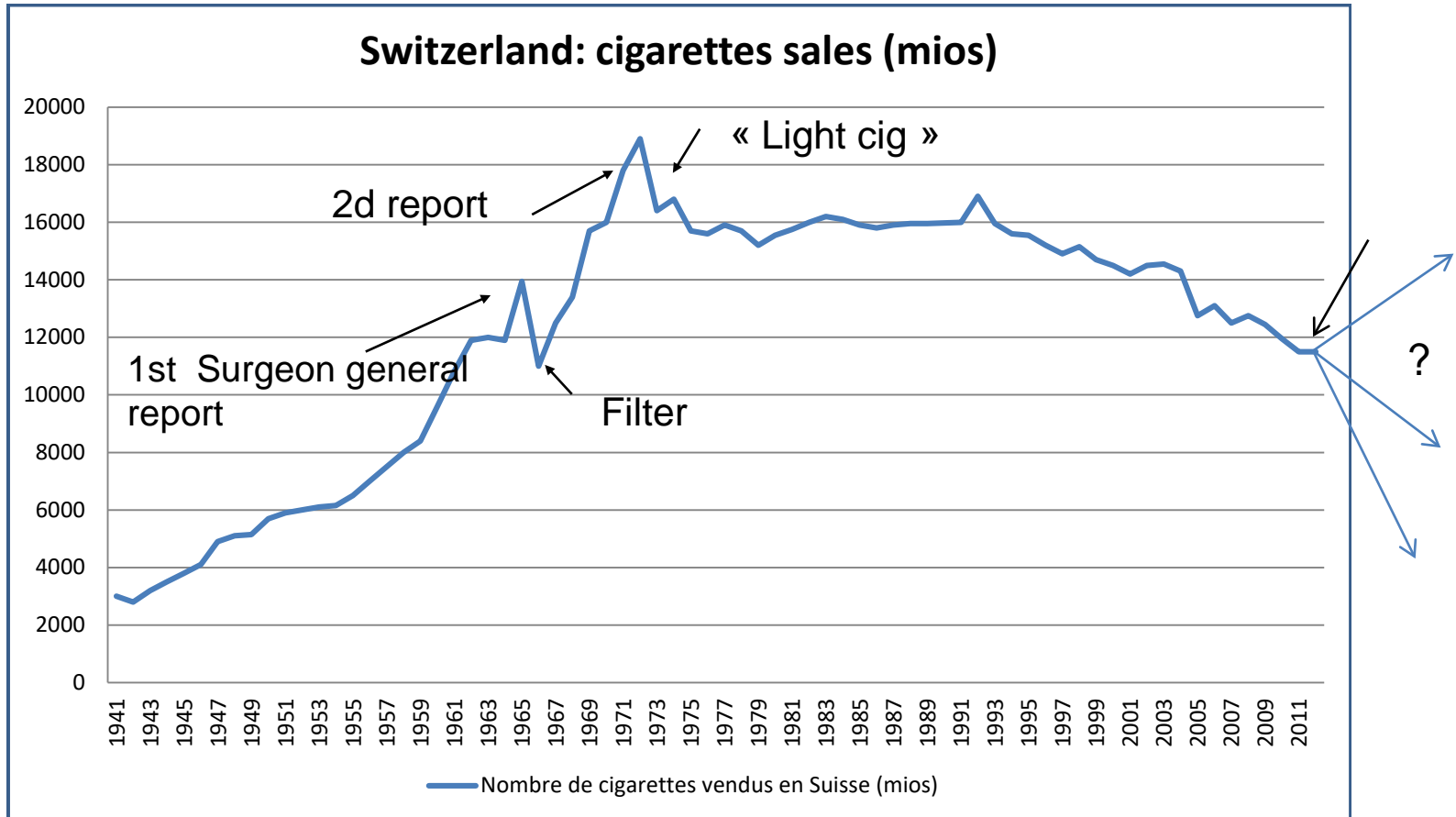
## Analyse émissions de l'iQOS

- Nicotine en quantité similaire à la cigarette conventionnelle
- Composés toxiques similaires à la cigarette conventionnelle mais en concentration inférieure
  - Composés organiques volatiles
  - Hydrocarbures aromatiques polycycliques
  - CO
- Présence de composés typiques de la pyrolyse lors de l'utilisation de l'iQOS
- Malgré des températures de chauffe plus basses, l'iQOS émet de la fumée






# Stop tabac

- Efficacité des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique
- Effets secondaires des substituts nicotiques mineurs
- Vaporette
  - Efficacité pour l'arrêt possible mais pas clairement démontrée
  - Effets secondaires mineurs à court terme
  - Effets secondaires à long terme pas connus
  - Nombreux dispositifs, liquides et usages

# Quelle évolution ?



## ARRÊT TABAC : CHOIX D'UN MÉDICAMENT QUI VOUS CONVIENT

MÉDICAMENT	DOSAGE QUOTIDIEN	PRIX PAR BOÎTE	PRIX PAR JOUR	EFFICACITÉ	EFFETS SECONDAIRES PRINCIPAUX
	<b>GOMMES À MÂCHER</b> Nicotinell/Nicorette ®	8-12x/j selon besoin 30 gommes de 2 mg ~ 20 CHF	~ 5 CHF/j	++	Irritation bouche et gorge, Hoquet Nausées
	<b>INHALATEUR</b> Nicorette®	6-12x/j selon besoin 18 cartouches de 10 mg ~ 27 CHF	~ 9 CHF/j	++	
	<b>COMPRIMÉS</b> Nicotinell/Nicorette ®	8-12x/j selon besoin 36 comprimés de 2 mg ~ 25 CHF	~ 6 CHF/j	++	
	<b>SPRAY BUCCAL</b> Nicorette ®	12-25x/j selon besoin 150 pulvérisations ~ 60 CHF	~ 6 CHF/j	++	
	<b>PATCH</b> Nicotinell/Nicorette ®	1x/jour sur 16h ou 24h 14 patches de 15 mg ~ 90 CHF	~ 7 CHF/j	++	Irritation de la peau
	<b>COMBINAISON PATCH ET AUTRE SUBSTITUT NICOTINIQUE</b>	Patch 1x/j + autre substitut selon besoin 14 patches et 1 boîte de substitut de courte durée ~ 120 CHF	~ 11 CHF/j	+++	Irritation peau, bouche et gorge, hoquet et nausées
	<b>VARÉNICLINE</b> Champix ®	2x/jour 56 comprimés de 1 mg ~ 120 CHF <small>peut être pris en charge par l'assurance de base sous certaines conditions</small>	~ 4 CHF/j	+++	Nausées, sommeil perturbé, changement d'humeur
	<b>BUPROPION</b> Zyban ®	2x/jour 30 comprimés de 150 mg ~ 60 CHF <small>peut être pris en charge par l'assurance de base sous certaines conditions</small>	~ 4 CHF/j	++	Sommeil perturbé, bouche sèche, maux de tête, changement d'humeur, troubles digestifs

---

Some days it's hard to  
find motivation...

Some days it's hard to  
find motivation...



...some days motivation  
finds you!



Merci de votre attention  
Jacques.Cornuz@hospvd.ch

Some days it's hard to  
find motivation...



...some days motivation  
finds you!







# Liquides

- liquides avec nicotine autorisés à la vente en Suisse
- 1 flacon de 10 ml à 18 mg/ml = 180 mg nicotine!
  - Mesures protectrices pour les enfants



# Emission de substances toxiques ?

- Pas de goudrons
- Pas de CO
- Possible présence de nitrosamines, métaux lourds, formaldéhyde...
- Jusqu'à 450 x moins de résidus toxiques que dans une cigarette combustible

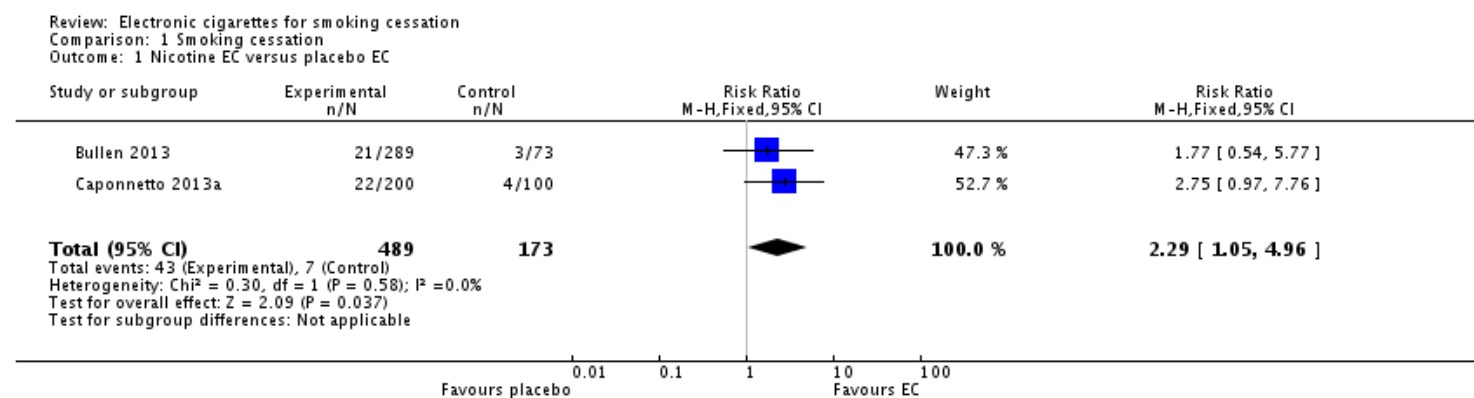
# Emission de substances toxiques ?

Présence variable de composés toxiques selon

- Qualité du liquide
- Arômes
- Dispositif
- Température de chauffe
  - Température élevée ou «dry-hit»
  - Formation acétaldéhydes, formaldéhydes, acroléine
- Entretien: renouvellement de la résistance

# Efficacité de la vaporette pour l'arrêt du tabac

## Comparaison vaporette avec nicotine/sans nicotine



- 2 études, 1<sup>e</sup> génération
- Petits collectifs

Cochrane Database of Systematic Reviews

14 SEP 2016 DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub3/full#CD010216-fig-00101>

# Rôle du vapotage dans la réduction et l'arrêt du tabac ?

Enquête populationnelle Europe (Eurobaromètre)

- Plus d'un tiers des vapoteurs **réguliers** rapportent avoir réduit ou stoppé leur consommation de cigarettes

Estimation

- 9 mio fumeurs auraient réduit leur tabagisme avec la vaporette
- 6 mio fumeurs auraient arrêté de fumer avec la vaporette

# Effets secondaires du vapotage

- Effets secondaires à long terme pas connus
- A court terme: effets secondaires mineurs
  - Toux
  - Sécheresse buccale
  - Irritation bucco-pharyngée
  - Palpitations



# Vaporette: quels conseils?

- Informations sur les connaissances actuelles
- En remplacement de la cigarette: diminution risques pour la santé
- Méthodes soutien et médicaments démontrés efficaces recommandés en priorité
- Ne pas décourager son usage si c'est le choix du patient

# Vaporette: quels conseils d'utilisation ?

- Modèle: préférer modèles de 2ème ou 3ème génération
- Liquides
  - Nombreux arômes: les préférés sont tabac et menthol
  - Concentration de nicotine de 0 à 20 mg/ml
  - Liquides à tester
  - 18mg/ml convient généralement aux fumeurs de 20 cig/j
  - 2-3 ml liquide par jour
  - Prix: à partir 50 Fr.-

# Vaporette: quels conseils d'utilisation ?

## Autres conseils

- Recharger batterie le soir, éventuellement 2ème batterie
- Changer la résistance toutes les 2-3 semaines
- Bien s'hydrater pour éviter sécheresse oro-pharyngée
- Lors 1<sup>er</sup> remplissage, attendre quelques minutes que la mèche soit imbibée avant de vapoter pour éviter «dry hit»

# Niveau de recommandation du groupe américain de prévention clinique, US Preventive Services Task Force

Niveau	Recommandation
<b>A</b>	<b>Intervention fortement recommandée</b> Preuves de bonne qualité montrant un impact important sur la mortalité et/ou la morbidité ; profil de risque/bénéfice très favorable.
<b>B</b>	<b>Intervention recommandée</b> Preuves de qualité suffisante ; impact favorable sur la mortalité et/ou la morbidité ; profil risque/bénéfice favorable.
<b>C</b>	<b>Pas de recommandation pour ou contre la réalisation régulière de l'intervention.</b> Preuves de qualité suffisante, mais profil risque/bénéfice ne justifiant pas une recommandation générale.
<b>D</b>	<b>Intervention non recommandée</b> Preuves de qualité suffisante montrant que cette intervention est inefficace, ou que ses effets secondaires l'emportent sur les éventuels bénéfices.
<b>I</b>	<b>Preuves insuffisantes pour recommander la réalisation de l'intervention</b> Preuves de qualité insuffisante ou données contradictoires ; rapport risque/bénéfice non déterminé.

# Bilan de santé: importance de la relation médecin-patient

- Beaucoup de recommandations de type C/I
- **L'absence de preuve d'efficacité ne signifie pas la preuve de l'absence d'efficacité**
- Rôle des services universitaires: partage de l'information avec les praticiens
- Rôle du praticien: Partager avec son (sa) patient(e) l'incertitude ?
- « Densité éthique » importante
- Revalorisation du conseil (counseling)

**Tableau 2: Conseil au cabinet médical par l'approche FRAMES.<sup>1</sup>**

<b>Feed-back</b>	L'information est restituée au patient (consommation d'alcool: fréquence et quantité du tabagisme: individualisation du risque)
<b>Responsibility</b>	La responsabilité et la décision du changement de comportement incombent au patient, le médecin n'est qu'un facilitateur
<b>Advice</b>	Des conseils clairs et fermes sont donnés: arrêt du tabac, modération de la consommation alcoolique, «donner rendez-vous» à sa santé pour la mise en route d'une activité physique d'intensité modérée
<b>Menu</b>	Le médecin propose un choix ou un menu des différentes options. Pour l'alcool: quantité, délai et rythme de la réduction d'alcool; pour le tabagisme: fixation d'une date d'arrêt et préparation de celle-ci, puis proposition de prescription d'un médicament pour faciliter la désaccoutumance.
<b>Empathy</b>	Le médecin fait preuve d'empathie, évite les jugements de valeur et valorise les efforts du patient.
<b>Self-efficacy</b>	Le patient est le chef d'orchestre de sa prise en charge

<sup>1</sup> Initialement cité dans Cornuz J, et al. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: quelles sont les priorités en 2002? Rev Med Suisse. 2002;60:2008-16.

# Conclusion

- Promouvoir les interventions efficaces
- Connaître les preuves et les incertitudes de l'efficacité de la prévention clinique
- Intégrer les limites méthodologiques
- Revalorisation du rôle du médecin
- Interventions, non pour des motifs épidémiologiques, mais relationnels et tactiques
  - amorcer le dialogue en direction d'un counseling individualisé "Cheval de Troie".
  - Éléments «rituels» d'une consultation parfois nécessaires: auscultation, labo pour entrer dans la dynamique médecin-patient et promouvoir des changements de comportements

# UK position

- There are concerns that e-cigarettes will increase tobacco smoking by renormalising the act of smoking, acting as a gateway to smoking in young people, and being used for temporary, not permanent, abstinence from smoking.
- **The available evidence to date indicates that e-cigarettes are being used almost exclusively as safer alternatives to smoked tobacco**, by confirmed smokers who are trying to reduce harm to themselves or others from smoking, or to quit smoking completely.
- **In the interests of public health it is important to promote the use of e-cigarettes, NRT and other non-tobacco nicotine products** as widely as possible as a substitute for smoking in the UK.



# Conclusion

Electronic cigarettes: Curse or blessing?

- Blessing for some smokers: those who do not want to quit and, perhaps, for those who previously tried but relapsed
- E-cigarettes are still far safer than tobacco products
- Curse? maybe for ...doctors and public health officers!



# Early Detection of Lung Cancer: A Statement from an Expert Panel of the Swiss University Hospitals on Lung Cancer Screening

T. Frauenfelder<sup>a</sup> M.A. Puhan<sup>d</sup> R. Lazor<sup>e</sup> C. von Garnier<sup>f</sup> J. Bremerich<sup>h</sup>  
T. Niemann<sup>h</sup> A. Christe<sup>g</sup> X. Montet<sup>i</sup> O. Gautschi<sup>j</sup> W. Weder<sup>b</sup>  
M. Kohler<sup>c</sup> on behalf of the expert panel

<sup>a</sup>Institute of Diagnostic and Interventional Radiology, <sup>b</sup>Division of Thoracic Surgery and <sup>c</sup>Pulmonary Division, University Hospital of Zürich, and <sup>d</sup>Institute of Social and Preventive Medicine, Zürich University, Zürich, <sup>e</sup>Respiratory Medicine Department, Lausanne University Hospital, Lausanne, Departments of <sup>f</sup>Pulmonary Medicine and <sup>g</sup>Interventional, Pediatric and Diagnostic Radiology, University Hospital Bern, Inselspital, Bern, <sup>h</sup>Department of Radiology, University Hospital of Basel, Basel, <sup>i</sup>Department of Radiology, Geneva University Hospital and Faculty of Medicine, Geneva, and <sup>j</sup>Department of Medicine, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Switzerland

**Table 1.** Potential benefits and harms of lung cancer screening

Benefits	Harms
Mortality reduction	Unnecessary diagnostic procedures and procedure-related complications (due to the high number of false-positive findings)
Improved quality of life (in case of early detection)	Radiation exposure
Smoking cessation	Overdiagnosis Anxiety and impaired quality of life (due to false-positive results) False sense of reassurance and thus continuation of smoking (in case of a normal CT scan)

### Lung cancer screening

Use this grid to help you and your healthcare professional decide whether or not to screen for lung cancer.

Frequently asked questions	Screening using low dose computed tomography (CT)	No screening
<b>Who is it offered to?</b>	To high-risk smokers or ex-smokers, aged 55 to 80, who have smoked at least 1 pack a day for thirty years. It is not offered to those who have symptoms of lung cancer. Ex-smokers are offered screening if they have quit in the last 15 years.	Only those at high risk of lung cancer are offered low-dose CT for screening. People who are not at high risk of lung cancer are not offered screening because there is no proven benefit to them.
<b>How is lung cancer found?</b>	It is often found using low-dose CT: an x-ray offered once a year. It takes a few minutes and needs no special preparation.	Without screening, lung cancer is usually found after symptoms are present or when other tests are done. In these cases, lung cancer is more likely to be found at a later stage.
<b>What are the benefits of screening?</b>	Low-dose CT finds signs of possible lung cancer in roughly 1 in every 100 screened (1%), and at a time when treatment has a better chance of success. 65 in every 100 scans (65%) will not find any problems.	Does not apply
<b>What are the harms or risks?</b>	<p><b>False alarms:</b> Roughly 25 in every 100 people (25%) have small nodules found in their lungs. To make sure these nodules are not cancer, more tests are done, for up to 2 years.</p> <p><b>Unnecessary treatment:</b> Some suspicious nodules might be treated even though they might never cause problems.</p> <p><b>Finding more problems:</b> Low-dose CT sometimes reveals findings in other parts of the body. These may lead to more tests and possible treatment.</p> <p><b>Radiation:</b> Consider the possible benefit of finding lung cancer early against the small radiation risk of many CTs.</p>	<p>If you know that you are at risk for lung cancer and do not get a low-dose CT, you might worry that you have missed a chance to find the cancer early.</p> <p>If cancer is found because of symptoms like unexplained weight loss and coughing up blood, then the cancer is probably more advanced, and treatment will be more difficult.</p>
<b>What are the possible results?</b>	25 people in every 100 screened (25%) will be told they have nodules, but few of these will be cancer. More tests will probably be done. Roughly 10 in every 100 people screened (10%) will be told about other problems, such as infections or lung damage from smoking.	Does not apply

www.optiongrid.org

<b>How is lung cancer found?</b>	It is often found using low-dose CT: an x-ray offered once a year. It takes a few minutes and needs no special preparation.	Without screening, lung cancer is usually found after symptoms are present or when other tests are done. In these cases, lung cancer is more likely to be found at a later stage.
<b>What are the benefits of screening?</b>	Low-dose CT finds signs of possible lung cancer in roughly 1 in every 100 screened (1%), and at a time when treatment has a better chance of success. 65 in every 100 scans (65%) will not find any problems.	Does not apply
<b>What are the harms or risks?</b>	<p><b>False alarms:</b> Roughly 25 in every 100 people (25%) have small nodules found in their lungs. To make sure these nodules are not cancer, more tests are done, for up to 2 years.</p> <p><b>Unnecessary treatment:</b> Some suspicious nodules might be treated even though they might never cause problems.</p> <p><b>Finding more problems:</b> Low-dose CT sometimes reveals findings in other parts of the body. These may lead to more tests and possible treatment.</p> <p><b>Radiation:</b> Consider the possible benefit of finding lung cancer early against the small radiation risk of many CTs.</p>	<p>If you know that you are at risk for lung cancer and do not get a low-dose CT, you might worry that you have missed a chance to find the cancer early.</p> <p>If cancer is found because of symptoms like unexplained weight loss and coughing up blood, then the cancer is probably more advanced, and treatment will be more difficult.</p>
<b>What are the possible results?</b>	25 people in every 100 screened (25%) will be told they have nodules, but few of these will be cancer. More tests will probably be done. Roughly 10 in every 100 people screened (10%) will be told about other problems, such as infections or lung damage from smoking.	Does not apply

Guessous and Cornuz *Public Health Reviews* (2015) 36:10  
DOI 10.1186/s40985-015-0010-3

Public Health Reviews

REVIEW

Open Access

# Why and how would we implement a lung cancer screening program?



Idris Guessous<sup>1,2,3\*</sup> and Jacques Cornuz<sup>4</sup>



<b>E</b>	fficient	Entry criteria restricted to the NLST trial until new robust evidence is available
<b>L</b>	ung cancer	Long term organizational (including quality controls) and medical resources secured
<b>S</b>	creening	Standardized multidisciplinary protocols (including managements of participants flow, nodules investigation, and results/outcomes reporting ) Smoking cessation program integrated
<b>P</b>	rogram	Primary care physicians adherence
<b>I</b>	mplementation	Informed/shared decision making approach

**Fig. 2** Proposed outline for implementing an efficient, low-dose computed tomography lung cancer screening program

**Pour éviter 1 décès par cancer → dépister 320 patients**

Guessous 2015



# Ostéoporose

- US Task Force: femme > 65 ans (> 60 ans si FR)
  - Densitométrie
- Evaluation du risque de fracture à 10 ans
  - [www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX).
- Approche case-finding – Rapport suisse Krieg 2009
  - Perte anamnétique > 4 cm (VPP 55% pour fract. vert.)
  - Distance paroi – occiput > 0 cm (VPP 78%)

# Recommandations

- Be proactive and/or open!
- First mention...first line therapies (NRT, ...)
- E-cig use? Why not! But...
- ...no good data for clinical recommendation!
- Which dose of nicotine in the e-cig liquid ?
  - 6 mg/ml for smokers 10 cig/d?
  - 10 -12 mg/ml for 10-15 cig/d ?
  - 16 mg/ml for 15-20 cig/d ?
  - 18 mg/ml for > 20 cig/d ?



From  
Dautzenberg  
book  
«Pour en finir  
avec la  
cigarette»