



Xavier Gocko
Directeur de la rédaction
x.goscko@exercer.fr
exercer 2022;188:435.

Exercer et la dialectique

« La dialectique est pour ainsi dire le faite et le couronnement des sciences »

Platon, La République

Dans ce numéro, vous allez découvrir deux articles sur le score calcique *alias* CAC (*coronary artery calcium*) : l'avis du conseil scientifique (CS) du CNGE (mai 2022), qui recommande de ne pas utiliser le score calcique en routine compte tenu de l'absence de bénéfice clinique démontré¹, et l'article didactique de Guineberteau *et al.* qui conclut à des « *données encourageantes* » et à un CAC qui « *pourrait devenir un outil supplémentaire pour guider l'intervention médicamenteuse et non médicamenteuse chez les patients considérés comme à risque cardiovasculaire intermédiaire* »².

Malgré cette opposition apparente, les deux équipes partagent certaines analyses. Par exemple, un CAC = 0 est associé à un risque d'événement cardiovasculaire à dix ans très faible^{1,2}. La différence principale réside dans l'apport du CAC par rapport aux équations de risque cardiovasculaire (RCV) comme SCORE2. Le CS du CNGE juge les bénéfices mineurs et pointe du doigt les risques avec « *les difficultés d'accès à l'imagerie, les coûts, le risque de radiations ionisantes, les incidentales, la surmédicalisation et l'anxiété liée à la surveillance* »¹. Guineberteau *et al.* se veulent rassurants quant aux radiations ionisantes (équivalent d'une mammographie) et réclament des « *essais randomisés pour évaluer son impact sur les prescriptions des médecins et surtout sur la morbidité cardiovasculaire des patients* »².

Cette controverse existe aussi outre-Atlantique. L'*American College of Cardiology* et l'*American Heart Association* recommandent l'utilisation du CAC chez les adultes asymptomatiques de plus de 40 ans présentant un RCV intermédiaire à dix ans, mais pas chez les patients présentant un RCV faible ou élevé, car il est peu probable qu'il modifie la prise en charge thérapeutique chez ces patients. L'*US Preventive Services Task Force* ne recommande pas l'utilisation de ce score, à cause du risque de surmédicalisation et du manque d'essais cliniques randomisés.

L'expression du doute en consultation est parfois difficile pour les usagers de la santé, les patients et les soignants. Les conflits décisionnels peuvent apparaître comme un obstacle à la décision médicale partagée. La publication de ces deux articles nous rappelle l'importance du doute en science et la force de la controverse, véritable pivot d'intelligibilité, qui nous pousse à sortir du confort de l'ombre des certitudes. Les lecteurs pressés (dont je fais régulièrement partie) et peu habitués à lire le doute, peuvent préférer la simplicité avec un encadré coloré dont l'esthétisme est souvent proportionnel au processus de simplification. Plonger dans les données est aussi difficile qu'une introspection... Et pourtant... Le développement de l'expertise en médecine générale passe par cette plongée... Si le médecin généraliste reste en surface, il endosse l'identité professionnelle de bobologue-adresseur souvent jugé inutile par les usagers et les tutelles. L'expertise en médecine générale permet de limiter le conflit décisionnel inhérent aux controverses parfois médiatisées et de garantir un processus de décision partagée prenant en compte l'expression des doutes, des *a priori* des interlocuteurs.

À propos de décision partagée, après la thèse du CS du CNGE, l'antithèse de Guineberteau *et al.*, la revue *exercer* et ses lecteurs attendent la synthèse, dialectique oblige... Cette synthèse pourrait s'enrichir non seulement de la confrontation des points de vue des deux équipes, mais aussi de celle d'usagers de la santé, d'économiste de la santé, de sociologue, d'éthicien, à même de tracer les avantages et limites de la médecine 4 P : personnalisée, préventive, prédictive et participative.

Références

1. Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants. Intérêt du score calcique dans l'évaluation du risque cardiovasculaire en médecine générale. *exercer* 2022;188:465.
2. Guineberteau C, De Grossouvre E, Delagarde H, Lemire F, Siary A, Jeanneteau J. Risque cardiovasculaire et soins primaires : quelle place pour le score calcique dans la démarche décisionnelle en médecine générale ? *exercer* 2022;188:458-63.