

Docteur Pierre GALLOIS  
435 chemin de Verneuil  
71850 CHARNAY LES MACON  
Tel : 03 85 34 17 75  
e-mail [gallois.pierre@wanadoo.fr](mailto:gallois.pierre@wanadoo.fr)

### **Bobigny 25-26 avril 2014**

*Ce texte a été rédigé en vue de mon intervention au colloque de Bobigny le 26 avril 2014. Il est le fruit d'une réflexion ancienne sur ces sujets, mais il a été aussi nourri par la qualité des diverses interventions de la première journée, et je suis heureux de rendre hommage aux organisateurs et intervenants de ce colloque.*

### **Etude critique du dépistage des maladies chroniques La manipulation des normes**

La prévention et le dépistage des maladies chroniques est une des grandes préoccupations du monde actuel de la médecine, tout particulièrement celui de la médecine générale, qui pose divers problèmes souvent méconnus.

D'abord celui de la définition de la prévention, avec la distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire, la prévention primaire visant surtout à prévenir l'apparition des maladies et pour cela en détecter les facteurs de risque. C'est ici que il faut savoir distinguer entre maladie et facteur de risque, et comprendre la signification de l'un et de l'autre pour le patient. Faut-il étiqueter maladie ce qui n'est qu'un facteur de risque ? Quelle en est la conséquence pour le patient ?

Ensuite celui des critères de définition d'un facteur de risque ou d'une maladie, de la limite entre le normal et le pathologique, ceci tout particulièrement quand il s'agit de critères chiffrés, comme pour les chiffres de tension ou de cholestérol. Quel est le seuil qui doit conduire à proposer des actions de prévention, alors qu'il n'est souvent pas de seuil en dessous duquel le risque est absent ? Un chiffre suffit-il pour parler de risque, ou ne faut-il pas l'intégrer dans une vision plus globale, ceci prenant en compte les caractéristiques de la personne, particulièrement son âge et ses pathologies associées ?

Enfin celui du risque de médicalisation de la société, où à travers la définition de chiffres porteurs d'un risque, presque l'ensemble de la population arrive à être considérée comme malade, relevant de soins médicaux et trop souvent de médicaments. En d'autres termes comment faire de la prévention sans médicaliser la société ?

### **Prévention et dépistage, maladie ou risque**

#### **Distinguer entre maladie et facteur de risque**

Deux exemples quotidiens

*Cancer* : ce peut être le dépistage de la maladie à un stade précoce plus facilement curable (sein) ou d'un état précancéreux (col utérin, cancer colorectal...) pour lesquels il importe de connaître les données prouvées sur le bénéfice à en attendre ; ce peut être aussi l'identification d'un facteur de risque (tabac, facteur génétique). Mais détecter des cellules cancéreuses est-il suffisant pour parler de maladie ; n'oublie-t-on pas que de nombreuses cellules cancéreuses peuvent ne pas évoluer voire régresser. Connaissions nous l'étude américaine qui montre sur 235 autopsies d'hommes morts de toute autre pathologie, un cancer de la prostate a été trouvé chez 50% des plus de 50 ans et plus de 75% après 85 ans. Une cellule cancéreuse trouvée est-elle toujours une maladie ?

*Maladies cardiovasculaires* : en prévention primaire il s'agit le plus souvent d'identifier un ou des facteurs de risque, qui par définition n'ont aucune traduction clinique : bilan lipidique, chiffres tensionnels, mais aussi hérédité et tabagisme. Pourtant parmi ces facteurs de risque, le médecin a tendance à privilégier les deux premiers qui sont facilement quantifiables et pour lesquels un traitement médical, médicamenteux est utilisable, alors que le tabagisme est le facteur de risque le plus important selon les grandes études épidémiologiques. C'est cependant pour les chiffres de TA ou de lipides que des seuils de risque, des normes ont été identifiés.

### **Faut-il étiqueter maladie ce qui n'est qu'un facteur de risque ?**

Se rappeler que l'on a affaire à une personne ne se plaignant de rien, et que lui dire qu'il s'agit d'une maladie, c'est le transformer en malade. Avons nous le droit de transformer un chiffre en pathologie. Avons nous conscience de ce que signifie la notion de maladie pour une personne ? Il faut se rappeler que les patients ont une représentation de la maladie différente de celle du médecin (Catherine), que le cancer est perçu comme un risque incurable. Pour le patient, la maladie devient rapidement un vécu, une réalité subjective avec des représentations, des conséquences sur la vie et le devenir, une réalité que chacun va construire en fonction de tout son propre contexte. Personnellement je pense qu'il ne faut pas parler de maladie, mais expliquer ce qu'est un facteur de risque, et que les représentations de la maladie peuvent avoir des conséquences néfastes chez le patient (déli, refus, crainte de l'avenir...)

## **Les critères de définition du risque, et la décision médicale**

### **Normes et seuils : limites entre le normal et le pathologique**

C'est le problème le plus difficile et qui soulève nombre de discussions et de divergences entre les professionnels. Les deux exemples les plus caractéristiques sont les chiffres tensionnels et lipidiques : *à partir de quel chiffre doit considérer le patient comme présentant un risque cardiovasculaire suffisant pour conseiller des mesures comportementales et/ou médicamenteuses.* Les données qui permettent de se prononcer sont issues des grandes études épidémiologiques. De toutes ces études, il résulte qu'il n'y a pas de seuil en dessous duquel le risque serait absent, mais qu'avec l'abaissement du seuil, le traitement n'entraîne pas de bénéfices en termes de morbidité ou de mortalité (rev Cochrane). Car l'objectif d'un traitement n'est pas de faire baisser un chiffre, mais de réduire la morbidité et la mortalité qui peuvent lui être associés. Et c'est ce type d'information qu'il faut attendre des études ?

*Pour l'HTA*, abaisser le seuil de 160/100 à 140/90 n'a pas montré d'efficacité : si les chiffres de TA ont été abaissés, il n'y a eu d'action ni sur la morbidité ni sur la mortalité. Par contre le nombre de patients considérés comme hypertendus s'est largement élevé : 13 millions d'HTA supplémentaires aux USA, et en Norvège un calcul montre que la moitié de la population serait à traiter dès 24 ans, et 90% au-delà de 49 ans.

*Pour les lipides* la notion de seuil est encore plus discutable : l'ANAES a fait des recommandations en 2000, non modifiées depuis. Les groupes réunis ont abouti à deux types de recommandations totalement divergentes selon les professionnels réunis : *les uns, réunissant des médecins de santé publique et des médecins généralistes*, étaient partisans d'un dépistage sélectif (en raison de l'absence de preuves de bénéfice du traitement dans les études, en dehors des sujets à haut risque) ; *les autres, réunissant des médecins spécialistes de nutrition*, étaient partisans d'un dépistage généralisé en raison

de la prévalence des maladies cardiovasculaire, et de leur relation avec le taux de lipides. *En gros* les uns basaient leur raisonnement sur les données des essais thérapeutiques, les autres sur les données épidémiologiques et physiopathologiques.

#### ***Du risque individualisé selon chaque facteur au risque CV global***

Les divergences ont conduit l'ANAES à des recommandations différentes selon le risque CV de chaque population, avec des seuils et des normes variant selon le risque global : *Chez les sujets sans facteurs de risque CV*, pas de dépistage systématique, mais s'il est proposé dès 20 ans, un cholestérol < 2g fera déconseiller un nouveau dépistage avant 50 ans, *Chez les sujets à risque CV* identifié (antécédents CV familiaux, hommes de plus de 45 ans, femmes de plus de 55 ans, tabagisme, HTA, diabète, obésité) le dépistage doit être systématique.

Ceci montre l'intérêt d'identifier le risque CV global

#### ***Des normes et seuils à différencier chez les personnes âgées***

Deux aspects sont à retenir pour cela : les personnes âgées ont par définition une espérance de vie plus limitée, et surtout elle sont bien plus souvent porteuses de pathologies multiples et donc de polyprescriptions. C'est ainsi particulièrement pour elles qu'il faut se rappeler la règle de toute prescriptions : *à quoi ça lui servira notre prescription ?* Et c'est pour les personnes âgées que une autre règle qu'il faut avoir présent à l'esprit une autre règle de prescription : ne pas dépasser 10 médicament par ordonnance.

#### **La décision pour un facteur de risque est un acte médical**

Il apparaît ainsi que le dépistage est un acte médical dans le plein sens du terme, impliquant une adaptation à la personne dans toute sa diversité, une différenciation selon l'âge et les divers aspects comportementaux, une explication claire du pourquoi de la prescription comme de ses résultats. Et surtout une présentation claire et argumentée des conseils concernant le mode de vie et ses modifications éventuelles, car si un traitement est nécessaire il peut bien ne pas comporter des médicaments.

### **Que penser du risque de médicalisation de la société ?**

De plus en plus notre société semble attendre de la médecine non seulement une réponse à des événements pathologiques, mais aussi une solution à tous les petits problèmes de la vie quotidienne qui sont du domaine de l'apprentissage de l'existence. Avec le développement des approches préventives, le concept du docteur Knock, « *tout bien portant est un malade qui s'ignore* » conduit souvent à attendre de la médecine bien plus qu'elle ne peut donner, et à transformer en maladie le moindre petit symptôme et tous les facteurs de risque. Et le besoin d'étiquette, de recours à l'aide médicale, conduit souvent à la création de nouvelles maladies justifiant de nouveaux traitements, souvent à l'initiative des fabricants de ces médicaments.

C'est tout cela la médicalisation qui peut être définie comme « l'expansion de l'autorité médicale dans le domaine de la vie quotidienne », la médicalisation de phénomènes naturels comme les petits malaises, le vieillissement, la mort.

Le premier aspect de la médicalisation de la société a été collectif et très positif, avec l'hygiène collective, les égouts, l'eau potable, l'amélioration de l'alimentation, dont les effets bénéfiques ne sont remis en cause par personne. Cependant l'approche « hygiéniste », déjà importante dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle, a pu paraître envahissante et dépasser le domaine de la santé publique

Mais dans les années 70 elle est devenue plus individuelle avec des conseils concernant le mode de vie, les comportements, les événements banaux avec leur rapport bénéfique/risque incertain, qui ont fait l'objet de *Némésis Médicale*, le livre de Ivan Illitch en 1975, qui accusait les médecins d'une prise de pouvoir sur l'ensemble de la société. Il apparaît en fait que la prise

de pouvoir dépasse largement les médecins et est plus le fait du pouvoir politique et surtout du pouvoir économique.

Cette médicalisation s'est ainsi largement développée dans le domaine de la prévention avec toutes les informations la concernant. Si ces informations restent cantonnées au domaine des comportements à risque et aux moyens de les modifier, elles restent « normales », voire utiles, à condition de rester nuancées, sans vouloir imposer un modèle de vie unique. Mais d'autres études sur les facteurs de risque biologiques, et leurs normes, conduisent à un élargissement du pathologique parfois au-delà de toute raison. Ainsi l'abaissement progressif des seuils de risque conduit alors à considérer à risque la moitié des norvégiens dès l'âge de 24 ans, et 90% au-delà de 49 ans. La définition d'une norme est certes difficile, mais elle doit éviter d'identifier des risques artificiels ou trop minimes pour avoir une importance. Elle doit surtout éviter de conduire toute la population à consommer des médicaments, non seulement pour le coût et les effets secondaires que cela comporte, mais surtout par le risque de développer la « croyance » qu'une pilule peut avoir réponse à tout au détriment de toutes les adaptations comportementales qui souvent sont bien plus importantes et plus efficaces.

Il faut alors arriver à faire des modifications comportementales l'affaire du patient, un élément de sa vie dont il est maître. Ceci passe pour le médecin par une information adaptée à cet objectif, pour faire du patient un sujet personnellement responsable.

*On pourra trouver les références bibliographiques de ce texte dans le Revue Médecine 2006:2(3):100-1 ; 2010:6(6):270-6 ; 2011:7(3):120-6 ; 2011:7(2):52-4 ; 2013;9(8):340-2 ;*