

- [OBLIGATION VACCINALE](#)
- [STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ](#)
- [GRIPPE](#)

Dossier médical

Surdiagnostic, surtraitement... : en fait-on trop ?

Quand la médecine fait du zèle

30.05.2014

« En faire plus », dans le champ de la santé, n'est pas toujours synonyme de « faire mieux ». C'est une démarche qui peut même se révéler nocive pour les patients et source de gaspillages pour le système de soins. Enquête sur les racines du mal et les remèdes possibles.



VALLANCIEN / BSIP

Le surdiagnostic – et son corollaire, le sur-traitement – peut concerner bien des pathologies, réelles ou façonnées. Depuis quelques années, les consciences à cet égard s'éveillent. « En 2013, une étude américaine a analysé l'évolution des données informatisées des patients pour vingt soins primaires courants. Résultat : en une décennie, la sous-médicalisation a diminué mais la sur-médicalisation a empiré », observe François Pesty, pharmacien.

« Primum non nocere »

« Les Anglo-Saxons ont un temps d'avance sur nous, renchérit le Dr Alain Siary, enseignant de médecine générale. Deux des plus grandes revues médicales anglo-saxonnes ont même créé une rubrique dédiée aux risques de surmédicalisation : le JAMA, avec "Less is more", et le British Medical Journal avec "Too much medicine" ».

En France, les choses bougent aussi... à petits pas. En témoigne ce troisième colloque dédié à la surmédicalisation – et à son pendant, la sous-médicalisation – qui s'est tenu les 25 et 26 avril à Bobigny. Ce colloque était organisé par le groupe Princeps, avec le département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Bobigny, la Société de Formation à la Thérapeutique du Généraliste (SFTG) et l'association Civic Santé. Créé en 2005, Princeps vise à «

favoriser les prescriptions raisonnées des médicaments et produits de santé, ainsi que l'usage raisonné des services de santé, au regard du seul intérêt des personnes et de la collectivité », en écho au serment d'Hippocrate : « Primum non nocere ».

« Les autorités sanitaires sont longtemps restées silencieuses à ce sujet », regrette le Pr Michel Thomas, médecin interniste, un des fondateurs du réseau Princeps. Mais pour la première fois, le 25 avril, la HAS est intervenue en introduction du congrès de Bobigny. L'occasion pour son Président, le Pr Jean-Luc Harousseau, de souligner la prescription excessive d'examens biologiques : en juillet 2012, une enquête de la Fédération Hospitalière de France révélait que seuls 72 % des actes médicaux étaient justifiés, de l'aveu même des médecins. A contrario, un tiers des actes étaient inutiles, parmi lesquels des analyses de sang et des radios. Des prescriptions abusives également dénoncées par l'Académie nationale de médecine en avril 2013.

D'où viennent ces excès ? Plusieurs causes peuvent être avancées. On peut y voir la rançon du progrès diagnostique : l'arrivée de nouvelles techniques d'imagerie (IRM, scanners...) ou de tests de diagnostic moléculaire, toujours plus performants malgré leurs limites, n'incite-t-elle pas à explorer toujours plus avant le corps humain, pour y déceler un éventuel dysfonctionnement ? Le surdiagnostic est sans doute aussi une conséquence de la montée en puissance de la culture de prévention, même si, en France, la prévention sanitaire reste notoirement sous-développée... Entre également en jeu un effet pervers de la « médecine défensive » : sous la pression des patients et par crainte d'une éventuelle judiciarisation, certains médecins prescrivent des actes inutiles. Quand à la prise de conscience de ce risque, comment ne pas y voir un effet de résonance des récents scandales sanitaires - rappelant de façon aiguë l'intérêt d'un principe de précaution bien pensé et d'une médecine indépendante des lobbyings de tous bords ?

Surdiagnostic ne rime pas qu'avec cancer

Quand on parle « surdiagnostics », on songe d'abord aux cancers. Sont concernés au premier chef les cancers de la prostate, mais aussi de la thyroïde : les diagnostics de ce cancer ont explosé, sans que le nombre de décès ait diminué. Quant au dépistage organisé du cancer du sein, la polémique continue de faire rage. Le 19 mai 2014, la HAS publiait un rapport proposant un dépistage spécifique pour les femmes présentant les facteurs de risque les plus pertinents. Tout en soulignant que pour ce cancer, le surdiagnostic est « unanimement reconnu mais inhérent à toute procédure de dépistage ». Un risque, on le sait, lié au diagnostic de cancers indolents qui seraient restés anodins : d'où un risque d'effets iatrogènes liés à des traitements inutiles ou aux actes de dépistage (irradiation).

Autre cause de surdiagnostics, « la confusion entre facteurs de risque et maladies, note Alain Siary, membre de Princeps. Ainsi de l'ostéoporose dépistée par densitométrie : l'interprétation des résultats doit être associée aux facteurs de risque fracturaire. De même pour les dyslipidémies : l'augmentation du LDL-C, chez les patients indemnes d'une hypercholestérolémie d'origine monogénique, n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres. Un troisième moyen de conduire aux surdiagnostics est de diminuer les seuils de définition d'une maladie. »

Fabrique de seuils

L'HTA (et les dyslipidémies sont autant d'exemples de la « fabrique des seuils ». Ou comment on a pu fixer, jusque récemment, des seuils diagnostiques et/ou des objectifs thérapeutiques trop sévères. Cet abaissement a non seulement généré des surdiagnostics, mais aussi une « spirale de surtraitements », selon Michel Thomas. In fine, certains de ces seuils se sont révélés trop sévères, ont fini par reconnaître les autorités sanitaires. « Pour le diabète, par exemple, les recos 2013 de la HAS ont grandement assoupli les seuils de prise en charge. On a finalement admis qu'il n'était pas bon d'abaisser trop fortement la glycémie ou l'HTA chez les sujets fragiles, notamment âgés », souligne François Pesty, membre du réseau Princeps.

Un troisième grand domaine fait couler beaucoup d'encre : celui des maladies psychiatriques. En mai 2013, la controverse a été ravivée par la parution de la 5e version du fameux manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : le DSM-5. « Le DSM-5 fait la loi : il provoquera une flambée de maladies mentales, se désole le Pr Michel Thomas. La timidité est ainsi transformée en "phobie sociale" : il y aura 90 millions de personnes à traiter aux Etats-Unis. Même le vieillissement normal devient une maladie : on traitera des troubles "neuro-cognitifs mineurs" ! Quant à la dépression majeure, son diagnostic est désormais retenu si l'on a un chagrin majeur deux semaines seulement après un deuil. Dans le DSM-4, ce délai était de deux mois, dans le DSM-3, il était d'un an... »

Le Dr Siary pointe, pour sa part, « l'assimilation de troubles du comportement à des affections psychiatriques graves : ainsi, les personnes présentant un épisode dépressif d'évolution variable, avec des phases indemnes de manifestations de tristesse, sont considérées comme bipolaires. Et les comportements des personnes de caractère obsessionnel sont assimilés aux troubles obsessionnels compulsifs. »

Comment alors améliorer les choses ? L'espoir vient notamment d'une Evidence Based Médecine (EBM), mieux assimilée par les médecins. « La médecine factuelle fondée sur des critères cliniques robustes, tenant compte du contexte dans lequel elle s'exerce et du choix éclairé du patient est un outil indispensable pour freiner des pratiques délétères », relève Alain Siary.

Prévenir la prévention inutile

Ce qui amène au concept de « prévention quaternaire » : forgé dès 1986 par le Dr Marc Jamouille, médecin généraliste et chercheur à Charleroi, ce concept peut être défini comme « la prévention de la prévention inutile », selon Alain Siary.

« Pour le médecin, il s'agit de contrôler son information pour être certain qu'il fait les choses éthiquement les plus appropriées, explique Marc Jamouille. La dimension relationnelle avec le patient est ici capitale : en situation d'incertitude, la décision se prend en concertation avec lui, en lui exposant les doutes quant aux bénéfices et aux risques de l'intervention. » Une démarche qui se veut scientifique : « La prévention quaternaire est une tâche de base du généraliste qui nécessite une bonne pratique de l'EBM », conclut Alain Siary. Il s'agit notamment de « ne pas procéder à des dépistages inconsidérés non validés par des essais bien conduits » ou de « ne pas proposer des traitements qui n'ont été validés qu'auprès de populations présentant des risques différents du patient concerné. »

SOMMAIRE

Pr Didier SICARD*

« **Une médecine qui réfléchit est plus efficace et moins à risque...** »

L'exemple de l'HTA : des seuils fluctuants...

Source : [Le Généraliste n°2685](#)

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour vous proposer des services ou des offres adaptés à vos centres d'intérêts | [Poursuivre](#) - [En savoir plus](#)

- Masquer

- [OBLIGATION VACCINALE](#)
- [STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ](#)
- [GRIPPE](#)

[Surdiagnostic, surtraitement... : en fait-on trop ?](#) (2/3)

Pr Didier SICARD*

« Une médecine qui réfléchit est plus efficace et moins à risque...

»

30.05.2014



VOISIN/PHANIE

Le Généraliste. Quelles sont les causes du sur-diagnostic et de la prescription abusive d'examens médicaux en France ?

Pr Didier Sicard*. La première raison vient de la disparition de l'examen clinique. Les médecins ne savent plus examiner leurs patients. Un exemple : pour le dépistage du cancer du sein, la mammographie ne sert à rien chez une femme de 70 ans. La palpation suffit, mais cet examen se perd. Une deuxième raison tient à la demande du malade, issue de ses recherches sur Internet et devenue très contraignante pour le praticien. Une troisième raison est le sentiment irrationnel du médecin que la justice pourra lui demander des comptes. Or je ne connais pas un seul cas de médecin poursuivi pour avoir dit qu'un examen était inutile, compte tenu des éléments à sa disposition ! Une dernière raison vient de la facilité du remboursement par l'Assurance Maladie, sans aucune évaluation de la pertinence des examens réalisés.

D'où vient le retard français sur les pays anglo-saxons ?

Pr D. S. Historiquement, les médecins français n'ont jamais supporté la remise en cause de leur liberté de prescription, de leur jugement et de leur finalité d'apporter les meilleurs soins. Les diagnostics, les traitements qu'ils prescrivent l'emportent sur toute considération économique. Ils se considèrent comme des personnes privées qui n'ont pas de mission de santé publique.

Les choses ne changent-elles pas, notamment sous l'impulsion de médecins généralistes ?

Pr D. S. Compte-tenu de l'étendue de leur champ d'action, les généralistes sont souvent plus conscients de l'importance de ces questions. Mais les médecins engagés dans cette réflexion sont assez isolés. Les jeunes générations feront peut-être bouger les lignes. Changer les mauvaises habitudes reste cependant difficile, d'autant que la formation permanente n'est pas le fer de lance de la médecine française...

Pour limiter le risque de surdiagnostics, que peut faire le médecin ?

Pr D. S. Une médecine qui réfléchit est une médecine sobre, qui veut devenir plus efficace et source de moins de complications. Trois leviers majeurs pourraient favoriser cette démarche. Donner toute sa place à l'examen clinique, même si ce n'est pas facile, les patients eux-mêmes étant assez réticents à cet examen clinique. Apprendre à refuser une demande non justifiée d'examen biologique ou d'imagerie : paradoxalement, un médecin est alors plus respecté. Et ne pas se précipiter pour prescrire un tel examen.

Que pensez-vous de la création de normes en médecine ?

Pr D. S. Le problème de la médecine normative était déjà dénoncé par Georges Canguilhem [médecin et philosophe français] il y a 70 ans ! Selon lui, le normal, c'est la capacité à garder le plus possible une liberté de mouvements la plus grande possible. Ce n'est pas présenter tel ou tel chiffre normatif...

Les autorités sanitaires vont-elles prendre en compte ce problème ?

Pr D. S. Non, par peur de faire peur aux Français ! Le sujet reste tabou. Un ministère de la Santé courageux pourrait pourtant réaliser 5 à 10 milliards d'économies sur les examens et les médicaments inutiles, les transports médicaux... Je plaiderais aussi pour des médecins à la fois mieux rémunérés et payés selon leur discernement. Malgré quelques tentatives maladroites dans ce sens, les médecins français restent encouragés à prescrire des examens et des médicaments, plutôt qu'à examiner et à écouter leurs patients. Pour des consultations longues, il faudrait les autoriser à augmenter leurs honoraires : un médecin qui écoute est souvent plus utile qu'un médecin qui prescrit. Je plaiderais aussi pour un accès aux données de santé publique qui pourrait permettre aux médecins d'ajuster leurs pratiques.

Vous regrettez que la médecine contemporaine soit guidée par le marché...

Pr D. S. Les malades ont délégué leur santé à l'expertise médicale technologique et les médecins ont délégué cette expertise au marché des industriels. Le dépistage, le diagnostic font tourner l'économie. En revanche, la prévention est coûteuse : la France reste l'un des pays développés au monde où l'on fait le moins de prévention. La santé est devenue une donnée économique et non plus médicale : mais si tel est le cas, il faut le dire...

* Le Pr Didier Sicard est Président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique, qu'il a présidé de 1999 à 2008 et ancien chef de service de Médecine interne à l'hôpital Cochin.

Source : [Le Généraliste n°2685](#)

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour vous proposer des services ou des offres adaptés à vos centres d'intérêts | [Poursuivre](#) - [En savoir plus](#)

- Masquer

- [OBLIGATION VACCINALE](#)
- [STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ](#)
- [GRIPPE](#)

[Surdiagnostic, surtraitement... : en fait-on trop ?](#) (3/3)

L'exemple de l'HTA : des seuils fluctuants...

30.05.2014



GARO/PHANIE

L'histoire de la détermination des seuils d'HTA est éclairante. Pour le moins flottants, ces seuils définissent l'HTA elle-même ou la mise sous traitement. « Les études épidémiologiques montrent que l'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire. Le seuil à partir duquel ce risque survient est de 115/75 », rappelle Alain Siary. En 1979, l'OMS définissait l'HTA pour des valeurs > 160/95. Jusqu'au début des années 1990, le traitement se fondait sur la PA diastolique : « Pour une baisse de 4 mmHg de la PA diastolique, le traitement réduit les AVC de 42 % et les infarctus de 14% ».

À partir des années 1990, les essais prennent en compte la PA systolique. En 1998, l'OMS fixe le seuil de définition de l'HTA à des valeurs > 140/90. En 2000, il a été abaissé à 130/80 pour les insuffisants rénaux et les diabétiques. En 2005, la HAS recommande de viser une cible $\leq 140/90$, sauf pour les diabétiques et les insuffisants rénaux où la cible est $\leq 130/80$. « Mais plusieurs essais randomisés remettent en cause ce seuil de 130/80. En 2012, la SFHTA assouplit cet objectif pour fixer une cible unique chez tous les patients : $\leq 140/90$ », raconte Alain Siary. Enfin, dans ses recos 2014, le JNC8 américain a ramené l'objectif de traitement des patients de plus de 60 ans à des valeurs $\leq 150/90$.

Source : [Le Généraliste n°2685](#)

- Masquer



Lequel de l'HTA (Haut de l'HTA) ?

Hexyon® (DTPolio-Co-Hib-HepB) est indiqué chez le nourrisson, à partir de l'âge de 6 semaines pour la primovaccination et la vaccination de rappel contre la diphtérie, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et les maladies invasives à *Haemophilus influenzae* type b (Hib). L'utilisation de ce vaccin doit se faire conformément aux recommandations vaccinales.
▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

1. Révisé des caractéristiques du produit Hexyon.

Sanofi Pasteur Europe S.A.S. au capital de 55 200 000 € - R.C.S. Lyon 9 821 137 425 18, 10, Boulevard de France - 69633 CHIRAZ - FRANCE

[Recommandations vaccinales](#)

[Mentions légales](#)