

Carine Vassy  
Sociologue, Maître de conférences HDR  
Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux (IRIS)  
Université Paris 13  
74 rue Marcel Cachin  
93 017 Bobigny cedex  
Tel : 01 48 38 77 75  
Courriel : [carine.vassy@univ-paris13.fr](mailto:carine.vassy@univ-paris13.fr)  
Site : <http://iris.ehess.fr/index.php?109>

Proposition de communication pour le 7<sup>o</sup> Colloque de Bobigny 2018 : « Sur- et sous-médicalisation, surdiagnostics et surtraitements » (Atelier N°2)

Titre : « Dépistage prénatal non invasif : quand les recommandations conduisent à une étape supplémentaire et coûteuse de la médicalisation »

Un nouveau test de dépistage prénatal des anomalies fœtales (trisomie 21, 13, 18 et anomalies des chromosomes sexuels), dit test non invasif, a été mis au point par des entreprises étatsuniennes et a commencé à être utilisé en France en 2013. Son apparition pose la question de savoir jusqu'où il faut aller dans la médicalisation des grossesses pour prévenir l'apparition du handicap.

L'action publique en matière de prévention du handicap se déploie depuis les années 1970 avec divers tests de diagnostic (caryotype sur amniocentèse) et de dépistage prénatals (échographie, marqueurs sériques maternels). Les premiers usages du test non invasif ont suscité de nombreuses questions parmi les praticiens : faut-il le proposer aux femmes enceintes ? Va-t-il remplacer d'autres tests ou s'y ajouter ? Faut-il le proposer à toutes les femmes enceintes ou à un sous-groupe ? Est-ce que la sécurité sociale est prête à rembourser un test aussi coûteux (400 euros en 2018) ?

Dans ce contexte incertain, la Haute Autorité de Santé a été chargée de faire des recommandations. Son premier rapport en 2015 a conclu aux très bonnes performances du test en matière de taux de détection et de valeur prédictive positive par rapport aux tests existants. Son second rapport en 2017 a consisté en une évaluation médico-économique du test. Il a débouché sur la recommandation d'utiliser ce test en seconde intention, pour les femmes dépistées à haut risque par les tests de dépistage anciens. Il a également recommandé de baisser ce seuil de risque, de 1/250 à 1/1000. En revanche aucune proposition concrète n'a été faite pour améliorer la formation des praticiens ou l'information des femmes enceintes.

Ces recommandations marquent une nouvelle étape dans la médicalisation des grossesses, dont on peut se demander si elle ne devient pas excessive. En effet cela va augmenter le coût économique du dépistage (18 millions d'euros supplémentaires par an, alors que le coût n'aurait pas augmenté si on avait gardé le seuil de risque de 1/250, et que le coût actuel est estimé à 70 millions). Cela va aussi augmenter les coûts émotionnels, tels qu'ils sont documentés par les psychologues, pour les femmes à qui on déclare qu'elles sont à haut risque

de trisomie 21 fœtale, car leur nombre va passer de 20 000 à 50 000. En regard de ces coûts, les bénéfices consistent en 80 fœtus supplémentaires diagnostiqués chaque année par rapport à la stratégie sans changement de seuil.

Comment expliquer cette étape supplémentaire et coûteuse de la médicalisation ? Les sociologues ont montré que le type de recommandations produites par un comité d'experts dépend largement de la composition de ce comité, ce qui explique qu'une même technologie biomédicale peut faire l'objet d'évaluation différente d'un pays à l'autre (Webster, 2004). L'évaluation médico-économique du dépistage non invasif en France a été effectuée par un comité d'experts dont la grande majorité étaient membres des sociétés savantes de cytogénétique, obstétrique, biologie et imagerie. Les sociétés savantes de cytogénétique et d'obstétrique se sont prononcés pour le changement de seuil à 1/1000 avant et pendant les réunions du comité d'experts. La Haute Autorité de Santé s'est alignée sur leurs positions.