Pierre GalloisPrésident Fondateur
de l'Unaformec
pierre.gallois
@wanadoo.fr**Mots clés :** erreurs

médicales ;

évaluation

des risques ;

médecine

préventive ; qualité

des soins de santé

[Medical Errors;

Preventive medicine;

Risk Assessment;

Quality of Health

Care]

Surdiagnostic : une surmédicalisation à risque pour le patient et pour la société

On parle beaucoup de surdiagnostic dans l'analyse des essais concernant le dépistage des cancers du sein et surtout de la prostate. Au-delà des faux positifs en général identifiés par les examens complémentaires, il s'agit surtout de la mise en évidence par ces examens d'anomalies évocatrices de la maladie recherchée, mais dont les études montrent qu'ignorées, elles le seraient restées au long cours. Il en résulte un bénéfice absent ou très incertain et surtout beaucoup de préjudices [1]. En fait, ce concept n'est pas réservé au dépistage du cancer : dans une société dominée par le principe de précaution, la prévention et le diagnostic précoce des maladies et, surtout, de leurs facteurs de risque, conduit à multiplier les examens, à baisser les seuils et normes de *non risque*, à considérer de plus en plus de personnes comme *malades*, et ainsi à médicaliser de plus en plus la vie individuelle et la société [2]. Tout cela a des retombées importantes sur l'exercice médical et l'utilisation des nouveaux moyens de diagnostic ; d'abord pour l'individu ainsi étiqueté *malade*, avec d'importantes conséquences psychologiques et sociales, une multiplication des examens complémentaires et traitements inutiles, mais non sans risques ou inconvénients ; également au niveau de la société avec une omniprésence de la maladie, véritable médicalisation de la vie sociale et individuelle, et une augmentation des dépenses de santé de justification très incertaine. L'importance de plus en plus large des surdiagnostics dans l'activité médicale impose de bien en comprendre les divers aspects, les significations et conséquences pour le patient et la société, les moyens à mettre en œuvre pour les prévenir [1-3].

Quand y a-t-il risque de surdiagnostic ?

Le dépistage des cancers en est l'aspect le plus caricatural, parce qu'il concerne une maladie redoutée, avec de fortes représentations

On le constate particulièrement pour le *cancer de la prostate* où les surdiagnostics sont très fréquents, avec d'importantes conséquences pour les patients. Au-delà des faux positifs du PSA où la biopsie ne décèle pas de cancers (70 % des cas), beaucoup de cancers identifiés par la biopsie (30 à 80 % selon les études) n'auraient ni évolué ni modifié l'espérance de vie : le cancer de la prostate est très particulier, évoluant sur une très longue durée, avec très grande fréquence de cancers qui ne font jamais parler d'eux. Dans une étude, l'autopsie d'hommes morts d'autres affections détecte un cancer de la prostate chez 50 % d'entre eux avant 50 ans, et plus de 75 % après 85 ans. Selon une autre étude, si 30 à 40 % des hommes de plus de 50 ans pourraient être porteurs d'un cancer de la prostate, il semble que seuls 8 % deviendraient significatifs, et moins de 5 % seraient cause de la mort. Ce qui fait dire que l'on meurt bien plus souvent *avec* que *par* un cancer de la prostate. Une cohorte de 223 patients ayant un cancer de la prostate localisé asymptomatique a été suivie 21 ans avec une simple surveillance (et traitement en cas de symptômes) ; la survie, en ne tenant compte que du cancer de la prostate, a été de 81 % à 15 ans et de 54 % à 21 ans, dépendant du score histologique des prélèvements biopsiques [4]. Tout

ceci explique sans doute l'explosion récente de l'incidence du cancer de la prostate, quadruplée entre 1980 et 2000 en France, encore augmentée de 50 % entre 2000 et 2005, alors que la mortalité est restée presque stable. Cette augmentation, parallèle à l'implantation du dépistage par le PSA, semble pouvoir lui être imputée et témoigner de nombreux surdiagnostics, faisant conclure aux experts qu'environ 50 % des cancers dépistés n'auraient jamais fait parler d'eux et que leur traitement a surtout pour résultat ses nombreux effets secondaires [5-7].

Le surdiagnostic existe pour *le cancer du sein* : 1,7 à 54 % selon les études, environ 33 % selon une revue systématique de 2009, mais il semble impossible de distinguer entre les cancers dangereux et ceux qui ne le sont pas [1].

Le surdiagnostic est très fréquent pour *le cancer de la thyroïde* : avec les nouvelles méthodes de diagnostic, on montre que la plupart des cancers dépistés sont des petits cancers et de formes non agressives ne nécessitant pas de traitement [1].

L'usage de nouvelles technologies diagnostiques peut générer des surdiagnostics

Ainsi dans l'embolie pulmonaire, des auteurs se sont interrogés sur la raison de l'importante diminution de la mortalité : il est apparu que l'usage de techniques diagnostiques ultrasensibles s'était accompagné d'une augmentation importante du nombre de « cas », semblant pour la plupart être des surdiagnostics. Une situation similaire a été trouvée avec l'usage d'une troponine ultrasensible dans le diagnostic de l'infarctus du myocarde [8].

De même que la recherche de facteurs de risque

Les facteurs de risque cardiovasculaires « biologiques », hypertension (HTA), dyslipidémies ne sont pas des maladies, n'ont pas de symptômes et ne sont que des chiffres. La définition des seuils au-delà desquels il est légitime de traiter reste arbitraire, facilement à l'origine de surdiagnostics. Ainsi, l'abaissement du seuil de l'HTA à traiter de 160/100 à 140/90 augmente considérablement le nombre de personnes concernées, avec par exemple 13 millions de nouveaux hypertendus aux USA. Il a été calculé qu'avec ces seuils la moitié de la population norvégienne devait être considérée comme hypertendue et traitée dès l'âge de 24 ans, et 90 % au-delà de 49 ans [9, 10]. Or

une récente revue *Cochrane* a montré que les antihypertenseurs utilisés chez les patients en bonne santé ayant une HTA légère (systolique de 140 à 159 et diastolique de 90 à 99) ne réduisent ni la mortalité, ni la morbidité dans les essais randomisés [11]. Il en est de même pour la recherche des dyslipidémies, du diabète, de l'ostéoporose et pour nombre d'autres situations.

Les « incidentalomes » de l'imagerie, très fréquents, aboutissent également à des surdiagnostics. Ces anomalies évoquent une pathologie différente de la maladie pour laquelle l'examen a été pratiqué. Dans une étude américaine récente de la *Mayo Clinic* [11], sur 1 426 examens d'imagerie, 567 avaient au moins un incidentalome, le risque augmentant significativement avec l'âge ; ils étaient plus fréquents avec les scanners abdomino-pelviques, les scanners thoraciques et les IRM crâniennes. Sur les 567 cas, 35 (6,2 %) seulement nécessitèrent des actions complémentaires avec un bénéfice médical dans 6 cas (1,1 %), et un rapport bénéfice/risque incertain. Deux études [12] ont montré leur fréquence chez des sujets asymptomatiques : sur 1 000 IRM crâniennes, 180 montraient une anomalie, 29 seulement justifiant un bilan complémentaire, aucune une action urgente ; sur 98 IRM lombaires seules 36 % n'avaient aucune anomalie, 52 % avaient un bombement discal et 27 % une protrusion discale...

Les inconvénients pour le patient, les soins et la société

Étiqueter « malades » des bien portants, où leur faire redouter de l'être, a des conséquences psychologiques, voire comportementales

Cela peut nuire au patient ou à son entourage : anxiété voire dépression, arrêts de travail, stress familial... Cela peut induire de multiples examens complémentaires (ils augmentent encore l'incertitude), des traitements (avec tous les risques inhérents souvent en l'absence de bénéfices potentiels).

Au-delà des bénéfices attendus, transformer en maladie ce qui n'est qu'un facteur de risque, donne raison au Docteur Knock, conduit le médecin comme le patient à croire en la toute

puissance des techniques et des médicaments, en oubliant que toute action médicale doit être fondée sur des arguments probants, sur la connaissance de son rapport avantages/inconvénients, déterminée en fonction des caractéristiques du patient, de ses attentes, de son environnement, de son espérance de vie. Que signifie un chiffre tensionnel, une cellule cancéreuse histologique en l'absence de toutes ces données ? N'a-t-on pas tendance à attribuer au traitement mis en œuvre un « bénéfique » incertain sur le maintien de l'état de santé, en oubliant les inconvénients observés ?

Les conséquences sur les dépenses de santé sont considérables

Ainsi dans le domaine de l'HTA, le choix de seuils tensionnels à 140/90 conduit à une augmentation considérable du nombre des sujets traités et donc des coûts, pour un bénéfice qui n'a pas été démontré [9].

Et pourtant médecins et patients acceptent difficilement ce concept !

Une étude américaine sur la relation entre les recommandations de pratique et la qualité des soins des 10 dernières années, les tendances aux soins inappropriés, au sous- et sur-usage des moyens diagnostiques et thérapeutiques, a montré une tendance significative à une amélioration des sous-usages, mais non des sur-usages [14, 15]. Ceci semble témoigner que, pour médecins ou patients, plus de tests diagnostiques et de traitements sera toujours mieux, ne pourra être que bénéfique : le mettre en question paraît inconcevable...

Comment prévenir et limiter le surdiagnostic ?

Cela nécessite avant tout une prise de conscience des incertitudes de la médecine, même « scientifique ». Les principes de la médecine factuelle s'appliquent « aussi » aux examens technologiques pour en déterminer les limites.

Il faut faire connaître aux médecins et futurs médecins la possibilité du surdiagnostic, ses risques souvent bien plus importants qu'un bénéfice souvent incertain, voire nul, qu'il s'agisse de dépistage des cancers, de recherche de facteurs de risque, ou de découverte d'un incidentalome. La médecine centrée sur la recherche de maladies inapparentes, chez un patient sans symptômes, doit être encore plus « centrée sur le patient », et étiqueter maladie une anomalie biologique ou technique n'est jamais sans inconvénient. Cette prise de conscience est une responsabilité majeure de la formation initiale et continue des médecins, sans oublier l'information sur les conflits d'intérêts liés à l'industrie du médicament et leurs risques sur la valeur de l'information [1, 8, 15].

Mais la même prise de conscience par les patients est aussi essentielle, du fait de l'attachement du grand public à la valeur de la science. Le consentement informé, donc l'information claire du patient est au cœur du sujet, si difficile lorsqu'il s'agit du cancer.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
2. Woolf SH, Harris R. The harms of screening. New attention to an old concern. *JAMA* 2012;307:565-6.
3. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health. *Analyse in Rev Prescrire*. 2012;32:309.
4. Prescrire rédaction. Dépistage des cancers de la prostate par PSA. Trop d'effets indésirables. *Rev Prescrire*. 2012;32:207-9.
5. Johansson JE, Andrén O, Andersson SO, Dickman PW, Holmberg L, Magnuson A, et al. Natural History of Early, Localized Prostate Cancer. *JAMA*. 2004;291:2713-9.
6. Gallois P, JP Vallée, Y Le Noc. Cancer de la prostate. Toujours autant d'incertitudes en 2010... *Médecine*. 2010;6:270-6.
7. Katz MH. Can we stop ordering prostate-specific antigen screening tests? *Arch Int Med* 2013;173:847-8.
8. Hoffman JR, Cooper RJ. Overdiagnosis of disease. A modern epidemic. *Arch Int Med*. 2012;172:1123-4.
9. Gallois P, Vallée JP. Normes, risques et maladies : attention aux dérapages ! *Médecine* 2011;7:52-4.
10. Heath I. Waste and harm in the treatment of mild hypertension. *JAMA Intern Med*. 2013;173:956-7.
11. Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, Harmsen WS, O'Byrne MM, Port JD, et al. Incidental findings in imaging research. Evaluating incidence, benefit and burden. *Arch Int Med*. 2010;170:1525-32.
12. Lo B. Responding to incidental findings on research imaging studies. *Arch Int Med*. 2010;170:1522-4.
13. Collectif. Résultats inattendus après examen d'imagerie. Qu'en penser ? *Bibliomed*. 1999;158.
14. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States *Arch Int Med*. 2013;173:142-8.
15. Katz MH, Grady D, Redberg RF. Under treatment improves, but overtreatment does not. *JAMA Intern Med*. 2013;173:93.