

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

EBM: une nouvelle forme de fascisme?

Voilà un article particulièrement polémique qui peut sembler subversif aux défenseurs d'une médecine EBM pure et dure. Le Journal of Evidence Based Health fait cependant preuve d'une belle objectivité en le publiant. Le fascisme de Mussolini ou d'Hitler, disent les auteurs de cet article, est actuellement remplacé par «un système de microfascismes, d'intolérances polymorphes» plus subtiles mais d'autant plus pernicieuses. Le discours «evidence-based» dans le domaine des soins de santé constituerait ainsi, d'après les auteurs de cet article, un excellent exemple de ces microfascismes. Se basant sur les travaux des philosophes français Deleuze et Guattari^(a), ces scientifiques canadiens tendent à démontrer que l'EBM est outrageusement exclusive et dangereusement normative. En effet, si à première vue l'EBM semble positive pour assurer des soins optimaux aux patients, l'EBM tend aussi à devenir de plus en plus «la vérité» qui empêche toute autre forme d'approche ou de recherche d'optimisation des soins. L'hégémonie du discours «evidence based» conduit dès lors à une attitude intolérante envers tous les processus différents de ceux retenus comme dogmatiquement corrects et acceptables (et les auteurs sont particulièrement durs par rapport à l'hégémonie que prend le groupe Cochrane). La normalisation par rapport aux seuls standards «evidence based» devient en effet la règle hors laquelle point de salut. On se retrouve donc bien, disent les auteurs, dans une logique fasciste en termes de désir d'ordre, de contrôle, de répression et d'imposition de limites. Contre ce «régime de vérité» s'imposent dès lors pour les auteurs «non seulement le devoir scientifique mais

aussi l'obligation éthique de détruire cette forme de pouvoir». Une conclusion au ton provocateur pour un article qui a le mérite de souligner les risques de dérives de la science lorsqu'elle veut s'appuyer sur des dogmes. (EM)

Holmes D, Murray S J, Perron A, Rail G: Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism *Int J Evid Based Healthc* 2006; 4: 180-6

Faut-il traiter le risque du risque?

Les chiffres seuils de pression artérielle pour diagnostiquer l'hypertension ont été revus sérieusement à la baisse au cours des trente dernières années. S'il y a trente ans, nos tensiomètres devaient afficher des valeurs supérieures à 160/90 mmHg pour poser le diagnostic d'HTA, depuis les années nonante, la cote d'alerte est franchie à 140/90 mmHg. Et voilà que récemment, une nouvelle catégorie nosographique est apparue sous la notion de préhypertension pour les sujets avec des pressions normales hautes (120-139/80-89 mmHg). L'hypertension est un facteur de risque bien connu d'événements cardiovasculaires et doit donc être prise en charge dans le contexte d'un risque cardiovasculaire global. Mais la notion de préhypertension en appelle à une nouvelle stratégie: celle de traiter le pré-risque. Mais est-ce bien raisonnable? On peut envisager en théorie qu'une intervention précoce sur des valeurs seuils de plus en plus basses aura des effets positifs sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire. Mais ces éléments positifs doivent être mis en balance avec les effets négatifs psychosociaux induits par l'étiquette précoce de maladie et la morbidité iatrogène des traitements anticipés. Et par ailleurs, les sujets à haut risque nécessiteront de toute façon toujours des stratégies thérapeutiques personnalisées plus complexes.

On peut se demander, conclut l'auteur, dans quelle mesure ces limites de plus en plus floues entre normal et pathologique

n'ont pour unique objectif que d'étendre le marché de la santé... (EM)

Collecchia G. Preipertensione: curare il rischio del rischio? *Occhio Clinico* 2006; 6: 14-7

La médecine générale en hiver

Est-ce que la grippe et les infections respiratoires aiguës pèsent sur la charge de travail des généralistes et dans quelle mesure? Cette étude prospective italienne réalisée de novembre 2002 à mars 2003 tente de répondre à ces questions. Les paramètres observés ont été la charge de travail totale (nombre de consultations, de visites et de demandes de conseils par téléphone), les diagnostics retenus ainsi que l'âge et le sexe des patients. Plus d'un tiers des contacts (33,5%) pendant cet hiver était lié à une infection des voies respiratoires. Au cours de l'étude, les généralistes ont vu en moyenne 20 patients par jour, avec des pics jusqu'à 45 patients. En comparant la charge de travail de cette période à la charge de travail de ces mêmes médecins à d'autres moments, les auteurs tentent d'évaluer la surcharge de travail liée aux infections respiratoires.

Ainsi, ils observent une augmentation moyenne de 22 contacts par mois et par médecin strictement liés à une augmentation des infections respiratoires. Mais ce qui crée surtout une surcharge de travail, c'est l'importante augmentation du nombre de visites à domicile pendant cette période hivernale. Ce nombre a plus que triplé par rapport à la période de référence. La toute grande majorité de ces visites à domicile étaient liées à des gripes ou à des infections des voies respiratoires inférieures. Les malades atteints d'infections des voies respiratoires étaient de tous les âges mais la tranche de 15 à 44 ans est celle qui a le plus consulté et surtout qui a le plus augmenté son nombre de contacts avec les généralistes. Ce groupe d'âges n'est pas vacciné et a besoin d'un certificat d'incapacité de travail pour justifier

(a) Deleuze G, Guattari F: *Anti-œdipus: capitalism and schizophrenia*. Preface by Michel Foucault. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press 1980

AVERTISSEMENT: La «Revue des Revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes.

Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

son absence à l'école ou au travail. Cette étude confirme que la charge de travail des généralistes augmente significativement en hiver à cause de la grippe et des infections des voies respiratoires en général. Les auteurs proposent d'autoriser les travailleurs à s'auto-certifier «malades» pour de brèves périodes afin de réduire leur charge de travail. (TVdS)

Sauro A, Barone F, Blasio G, Russo L et al. Do influenza and acute respiratory infective diseases weigh heavily on general practitioners' daily practice? *Eur J Gen Pract* 2006; 12:34-6.

Une longue, c'est mieux

Quelle est l'incidence de la taille de l'aiguille utilisée pour vacciner les enfants sur les réactions locales et l'immunogénicité du vaccin?

Un essai randomisé contrôlé sur 696 enfants vaccinés par vaccin tétravalent (tétanos diphtérie, coqueluche acellulaire et *hæmophilus influenza* type B) et vaccin antimeninococcique C (injecté dans un autre site) a comparé ainsi des aiguilles longues et larges (23G, 25 mm, 0,6 mm de diamètre), courtes (25 g, 0,5 mm de diamètre, 16 mm) ou longues et étroites (25 g, 25 mm). Les réactions locales et générales ont été enregistrées pendant trois jours après chaque dose (2, 3, 4 mois) et les taux d'anticorps contre l'hémophilus et le méningocoque C dosés 28 à 42 jours après la troisième dose.

Les réactions locales observées pour le tétravalent ont été moins significatives et moins sévères avec des aiguilles longues

(de tout calibre) par rapport aux aiguilles courtes. Les aiguilles courtes sont plus susceptibles de laisser le vaccin dans la graisse sous-cutanée. La faible vascularisation de celle-ci favorise plus d'effets secondaires locaux.

Aucun groupe d'enfants n'a présenté de réaction générale significativement plus importante par rapport à un autre.

La réponse immunitaire moyenne dans cette étude était supérieure avec les aiguilles longues et larges par rapport aux aiguilles courtes et étroites sans qu'aucune de ces différences soit cependant significative.

25 mm semble donc la longueur d'aiguille idéale. On atteint ainsi le muscle en évitant des dépôts sous-cutanés (ceci étant particulièrement à éviter lorsque le vaccin contient un adjuvant à base d'aluminium) et on ne court pas le risque de blesser les nerfs, les vaisseaux ou le périoste. (EM)

Diggle L, Deeks J, Pollard A. J Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333: 571-4

Zimmerman R K Size of the needle for infant vaccination: longer needle reduce incidence of local reactions *BMJ* 2006; 333: 563-4

À quel âge la panade pour BB ?

L'âge de la diversification alimentaire est un sujet pour lequel les avis médicaux ont varié très fort au cours des dernières décennies. Si en 1923 et 1937, on préconisait l'allaitement jusqu'à 6 mois, en 1943 on n'hésitait pas à proposer l'introduction de thon, sardine et crevettes à 4-6 semaines. En 1953, c'était dès les premiers jours que certains conseillaient

d'introduire céréales, avec viande et légumes vers la troisième semaine. Tandis que Laurence Pernoud (la bible française) à la fin des années 60 la proposait à 3 mois. Actuellement, selon les experts de l'OMS, l'allaitement (maternel idéalement ou par laits de substitution) doit être exclusif jusqu'à 6 mois (plutôt que 3 ou 4 mois). Pourquoi rien que du lait avant 6 mois? Les autres aliments ont une valeur nutritive moindre avec un risque de carence en calcium, fer et acides gras. L'appareil digestif n'est pas encore mature pour absorber un excès de fibres. La charge protéique est trop riche pour un rein qui n'a pas encore acquis toute sa fonction d'épuration. L'argument de protection contre les allergies est par contre beaucoup plus controversé. Chez les enfants à risque, l'allaitement maternel n'a pas d'effet protecteur absolu. Mais on ne connaît rien qui fasse mieux... En ce qui concerne le risque allergique d'une diversification précoce, il s'appuie sur l'immaturité de la barrière digestive. Néanmoins, des études récentes n'ont pas confirmé celles plus anciennes montrant une augmentation de l'atopie avec l'introduction précoce des aliments. On n'en restera pas moins prudent chez les enfants à risque.

Six mois est l'âge idéal aussi pour d'autres raisons. En effet, le bébé tient en position assise et maîtrise bien les muscles de son cou, il peut mâcher les aliments plus solides et les déglutir plus facilement. Il commence également à apprécier les changements de saveur. (EM)

Stagnara J, Vallée JP, Perino L, Roy P, Bocquet A: Diversification alimentaire chez le nourrisson: attendre l'âge de 6 mois. *Revue du prat méd générale* 2006; 742/743: 952-7