# « TOO MUCH MEDICINE » : QUAND TROP SOIGNER REND MALADE.

## Exploration des concepts de surmédicalisation et de prévention quaternaire et pistes de solutions.

VARETTO Sébastien

Master de spécialisation en médecine générale

Année académique : 2017-2018

Tuteur : Dr FLECHET Jean

Promoteur : Pr FIRKET Pierre

Table des matières

« Too Much Medicine » : Quand trop soigner rend malade. ..... 0
Remerciements ..... 3
Résumé ..... 5
Indexation ..... 6
Introduction ..... 7
Motivations personnelles et importance du sujet ..... 7
Méthodologie ..... 10
Catégorisation de la recherche : ..... 10
Les informateurs clés ..... 10
Sélection de la bibliographie ..... 11
Terminologie ..... 13
Naissance et évolution du concept de surmédicalisation ..... 14
La surmédicalisation aujourd'hui ..... 18
Budget des soins de santé ..... 18
La sous-médicalisation ..... 19
La surmédicalisation : Causes et mécanismes ..... 21
Des tests médicaux de plus en plus performants qu'il nous faut apprendre à utiliser ..... 21
Le doute, les moyens d'y répondre et l'intolérance à l'erreur ..... 23
Le « Disease Mongering », L'influence des firmes pharmaceutiques et l'implication des médias ..... 25
Contexte social et spiritualité ..... 27
L'accès aisé à de l'information de qualité variable ..... 29
Incapacité du système actuel à apporter une réponse satisfaisante à certaines maladies ..... 30
Les consensus d'experts et recommandations ..... 30
Les croyances des médecins ..... 31
Les croyances des patients ..... 31
La segmentation de la médecine ..... 31
Pistes de solution pour lutter contre la surmédicalisation et applications pratiques de la prévention quaternaire ..... 33
La communication ..... 34
La communication médecin-patient ..... 34
La communication médecin-médecin ..... 35

Des espaces de communication entre intervenants de la santé ..... 35
La gestion de l'information ..... 35
L'information des patients ..... 35
Formation et sensibilisation des (futurs) jeunes médecins ..... 35
Se protéger de l'influence des firmes pharmaceutiques ..... 37
Groupes de recherche et d'analyse critique de l'information ..... 37
L'organisation du système de soins de santé ..... 37
La déprofessionnalisation de la prise en charge des pathologies bénignes fréquentes ..... 37
Miser sur une première ligne efficace, fer de lance de la prévention quaternaire ..... 38
Encourager les pratiques pluridisciplinaires et la répartition des tâches et des compétences en première ligne de soin ..... 38
Considérations éthiques ..... 39
L'acceptation du doute ..... 39
La non médicalisation de ce qui est de l'ordre de l'expérience humaine ..... 39
La conception des maladies ..... 39
Des groupes de décideurs représentatifs et sans conflits d'intérêts ..... 39
Prudence vis-à-vis des facteurs de risque pathologiques et des états dits de « pré-maladie » ..... 40
Encourager les médecins à cultiver certaines compétences ..... 40
Connaissance et usage raisonné des tests médicaux ..... 40
Connaissance et usage prudent des médications ..... 41
La santé sans médicament ..... 43
Considérations de santé publique ..... 43
Les pratiques préventives ..... 44
Les mesures thérapeutiques non médicamenteuses ..... 44
Outils pour le généraliste ..... 45
Discussion ..... 46
Forces et faiblesses de ce travail ..... 47
Bibliographie ..... 49
Annexes ..... 52

# REMERCIEMENTS

Bien que la rédaction de ce travail se soit révélée être une aventure avant tout solitaire, je n'aurais pu la mener à bien sans l'intervention de personnes dont l'aide s'est avérée précieuse. Je tiens donc à remercier :

*Jean Flechet* : Mon tuteur et guide dans la rédaction de ce travail. Il s'est montré particulièrement disponible et de bons conseils. J'ai beaucoup apprécié nos discussions.

*Pierre Firket* : Mon promoteur, qui a eu l'amabilité de valider mon sujet et s'y est montré enthousiaste.

*Gilles Henrard* : Collègue à la maison médicale Saint-Léonard. Médecin généraliste passionné, il a su m'accompagner et me conseiller à maintes occasions. J'ai pu bénéficier de ses remarques judicieuses tant sur la forme que sur le fond de ce travail.

*Jean-Luc Belche* : Mon maître de stage, qui a été chaque semaine le témoin de mes doutes. Je le remercie pour sa bienveillance et les mots, tantôt apaisants, tantôt stimulants, qu'il a su trouver.

*Marc Jamoulle* : Médecin généraliste très actif, à l'origine du concept de la prévention quaternaire, il m'a abreuvé d'articles de qualité faisant preuve d'un dynamisme et d'une motivation à toute épreuve.

*Marc Bouniton* : Médecin généraliste travaillant à Roux, il a eu la gentillesse de m'accorder un peu de son temps lors d'une rencontre à Liège, ainsi que de me parler de son groupe de travail et de partager avec moi quelques articles concernant l'implication des firmes pharmaceutiques dans la recherche scientifique.

*Christiane Duchesnes* et *Frédéric Ketterer* : Membres du département universitaire de médecine générale (DUMG) de Liège, ils m'ont reçu à plusieurs reprises au cours de ces deux années d'assistanat pour discuter de la pertinence des sujets que j'envisageais d'explorer dans le cadre de mon travail de fin d'études (TFE) et furent des ressources précieuses pour tout ce qui concerne la méthodologie.

Mes relecteurs : *Perrine Seron*, médecin généraliste à la maison médicale Saint-Léonard, porteuse d'un diplôme en santé publique, et *Claudine Freson*, professeur de français.

Ma mère, *Eischen Monique,* qui a partagé et commenté mes découvertes au cours de ces deux années d'assistanat. Je profite ici de l'occasion pour la remercier du soutien affectif, économique, matériel et logistique qu'elle m'a apporté depuis mon entrée aux études de médecine en 2009.

Ce travail a été pour moi l'opportunité de m'essayer à l'exercice de la rédaction d'article scientifique.

Je regrette simplement de n'avoir pu adopter ce sujet plus tôt car il est vaste et le temps m'aura manqué pour l'explorer plus en profondeur.

Je suis néanmoins très heureux que la succession de doutes qui ont marqué mes premiers mois de travail et mes nombreux changements de sujet m'aient finalement amené à travailler sur ce thème assez transversal puisqu'il unit des notions scientifiques, de santé publique, socio-économiques, politiques et éthiques. Il m'aura également permis de rencontrer des personnalités enrichissantes.

# RESUME

Cet article a pour objet d'explorer ce que représente la surmédicalisation, comment est née et a évolué la prévention quaternaire et comment réagir face au phénomène de surmédicalisation en tant que médecin, en tant que patient, en tant que citoyen.
La réflexion adopte la forme d'une revue narrative, soutenue par des articles scientifiques et des ouvrages issus principalement de la suggestion de trois informateurs clé, actifs dans le domaine de la prévention quaternaire. Ceux-ci ont participé à la maturation de ma réflexion grâce à des contacts répétés.
Nous verrons que la surmédicalisation évoque l'excès de médecine et ses conséquences et que la prévention quaternaire est un mouvement éthique qui y répond et qui vise à protéger les patients des dégâts inhérents aux interventions médicales. D'autres concepts associés seront également définis.
Le concept de surmédicalisation s'est progressivement développé, Yvan Illich évoque sa réalité dès 1975 puis d'autres figures importantes y ont successivement apporté leurs contributions pour en faire ce qu'il est aujourd'hui. Il en va de même pour la prévention quaternaire, concept défini par Marc Jamoulle et Michel Roland.
La réalité de la surmédicalisation recouvre aujourd'hui de nombreux aspects, notamment celui d'un système de santé coûteux qui ne cesse de réclamer toujours plus d'investissement et dont l'offre semble soutenir la demande, ainsi que celui de renforcer les inégalités sociales.
Les mécanismes sous-jacents à la surmédicalisation sont variés et comportent des dimensions économiques, sociales, scientifiques, éthiques, de santé publique et politiques.
Les efforts à fournir pour tenter d'infléchir cette surmédicalisation s'inscrivent dans les mêmes domaines, sont l'apanage d'actions individuelles et collectives et concernent tant les médecins que les patients.

# INDEXATION

Selon la base de données 3CGP

(http://3cgp.docpatient.net/wp-content/uploads/2016/11/fr_Q_2.5_tabular_list.pdf)

Français:

**QD44 prévention quaternaire**

- QD441 surmédicalisation
- QD442 fabrication de maladie
- QD443 surinformation
- QD444 surdépistage
- QD445 surdiagnostic
- QD446 surtraitement
- QD324 Fortuitome

Anglais :

**QD44 quaternary prevention**

- QD 441 overmedicalisation
- QD442 disease mongering
- QD443 overinformation
- QD444 overscreening
- QD445 overdiagnosis
- QD446 overtreatment

# INTRODUCTION

## MOTIVATIONS PERSONNELLES ET IMPORTANCE DU SUJET

De tous temps, les médecins ont tenté d'apporter un soulagement voire une guérison à leurs patients, à l'aide des moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles. Progressivement, la médecine occidentale s'est étoffée d'outils de plus en plus performants. Des méthodes permettent aujourd'hui d'évaluer les effets des prises en charge médicales avec davantage de recul et d'objectivité. Et le constat est là : il nous arrive de faire plus de tort que de bien en voulant soigner au mieux nos patients, c'est-à-dire de « surmédicaliser » (1). Nous devons dès lors apprendre à manier nos outils diagnostiques et thérapeutiques de manière plus réfléchie.

C'est ainsi qu'une nouvelle conception de soins a vu le jour : il s'agit de l'approche par la prévention quaternaire (2), un concept né d'une réflexion sur la relation médecin-patient et visant à protéger les patients d'erreurs, excès et omissions intrinsèques au système de santé.

Cette problématique j'y ai été confronté très tôt.
Quand il a fallu discuter de l'intérêt de l'usage d'une statine chez cette patiente de 88 ans, hypertendue, dont le cholestérol total avoisinait les 300 mg/dl. Quand cet homme de 52 ans, asymptomatique, m'a demandé de lui prescrire un dosage du PSA parce que son frère venait de se faire opérer d'un cancer de la prostate. Quand ce patient fumeur m'a avoué qu'il ne dormait plus depuis trois jours, car il avait lu dans son protocole de scanner thoracique la description d'un nodule pulmonaire, pourtant d'allure bénigne.

Le modèle pédagogique qui m'a été proposé durant mes études me présentait un patient « fractionné » et a conditionné mon esprit à fonctionner de manière méthodique selon le schéma type : anamnèse, examen clinique, éventuels examens complémentaires, diagnostic et enfin traitement. L'objectif consistait à placer le patient dans la bonne case diagnostique, afin de lui administrer le traitement que l'on nous avait enseigné comme étant le plus efficace.

Une fois mon diplôme en poche, tout s'est complexifié, de nouvelles règles se sont ajoutées. D'abord les situations cliniques sont rarement aussi univoques que celles présentées lors des études. Les plaintes sont exprimées de manière variable en fonction du vécu et des mots de chaque patient. Les connaissances médicales et les recommandations qui en sont issues évoluent perpétuellement, ce qui est admis comme probant aujourd'hui ne le sera pas forcément demain. Et surtout, il m'a fallu apprendre à intégrer de nouveaux paramètres, forçant ma réflexion à devenir plus « transversale ». Je suis ainsi confronté chaque jour à de nombreuses questions que j'entrevoyais à peine durant mes études…

Quelles sont les ressources socio-économiques de mon patient ? Quelles sont ses attentes, ses craintes ? Quel est son vécu de la situation ? Quels sont mes objectifs et mes priorités ? Je m'occupe de sa santé en tant qu'intervenant « externe », il est le mieux placé pour décider de ce qui lui convient…mais c'est moi qui possède les connaissances médicales. Comment dès lors nous accorder ?

Quelle est l'efficacité réelle du traitement que je lui propose ? Quel risque fais-je encourir à mon patient en ne le traitant pas ? Et en lui proposant tel examen ou tel médicament ? Si un traitement a fonctionné pour un autre patient, fonctionnera-t-il aussi dans ce cas-ci ? Quelles ressources fiables puis-je utiliser pour guider ma prise de décision ?

Et cet élargissement de réflexions a suscité d'autres interrogations. Cette fois ne concernant plus seulement la scène de l'interaction entre soignant et soigné, mais le système tout entier dans lequel ils évoluent :

Qui établit les recommandations de bonne pratique ? Comment les seuils de variables biologiques différenciant ce qui est pathologique de ce qui ne l'est pas sont-ils établis ? Faut-il considérer comme malades des patients dont certaines mesures s'écartent de la norme, mais qui ne se plaignent de rien ? Comment prendre en charge les anomalies détectées par hasard lors d'examens médicaux ?

Puisque les médicaments sont produits par des firmes dont les objectifs sont commerciaux, qu'elles-mêmes sponsorisent de nombreuses études, parfois afin d'assoir l'habitude des prescripteurs de recourir à leurs produits (3), qui peut encore avoir un avis objectif sur l'efficacité réelle des médicaments ?

Et face au développement d'une médecine de plus en plus technique, et par ailleurs de plus en plus coûteuse, comment inscrire la prise en charge des patients dans une volonté de contrôler les dépenses en soins de santé et de gérer au mieux les ressources médicales ? Comment le système tente-t-il de garantir un accès aux soins équitable à tous ?

Ce travail de fin d'études (TFE) n'a aucunement l'intention de répondre à toutes ces questions. Cette introduction illustre simplement comment d'un mode de pensée linéaire centré principalement sur le patient et sa maladie, mes préoccupations se sont progressivement étendues au système de soins de santé tout entier, incluant dès lors des notions de santé publique, mais aussi économiques, scientifiques, sociétales, éthiques et philosophiques.

Dans le cadre de ce travail, je vous invite simplement à partager avec moi un début de réflexion sur le phénomène de surmédicalisation. En quoi consiste-t-il ? Pourquoi et comment s'est-il développé ? Quelles réponses donner à cette problématique et que pouvons-nous faire, nous, médecins généralistes belges, pour lutter contre ce phénomène ?
Le but n'est donc pas de faire ici la critique simple et facile du système en place, mais d'essayer de le considérer avec esprit critique et un certain recul.

# METHODOLOGIE

## CATEGORISATION DE LA RECHERCHE :

J'ai conçu et qualifié ma stratégie méthodologique en fréquentant les séminaires de méthodologie organisés par le département universitaire de médecine générale de l'Université de Liège (DUMG) et en consultant le site Mgtfe.be.

Ce travail constitue un article de réflexion personnelle sous forme d'une revue narrative, que des notions issues d'articles clés dans le domaine de la surmédicalisation étayeront. Ma réflexion a par ailleurs été enrichie par les entretiens que j'ai eu la chance d'avoir avec des médecins généralistes qui, à leur échelle, tentent d'agir au quotidien pour combattre la surmédicalisation. Ces personnes ressources sont Gilles Henrard, Marc Jamoulle et Marc Bouniton.

## LES INFORMATEURS CLES

### *Gilles Henrard*

Médecin généraliste, collègue à la maison médicale Saint-Léonard, assistant au DUMG de l'université de Liège (Uliège) et rédacteur chez Minerva-EBM, il s'attèle actuellement à la rédaction de sa thèse de doctorat portant sur la littératie en santé. Il a fini de me convaincre d'adopter la surmédicalisation comme sujet de TFE grâce à une présentation qu'il avait partagée en réunion d'équipe à la maison médicale (4). Il s'intéresse beaucoup au sujet de la prévention quaternaire, qu'il essaie d'ailleurs d'appliquer dans sa pratique quotidienne de médecin généraliste, et a consacré beaucoup de temps à la supervision de ce travail.

### *Marc Jamoulle*

Médecin généraliste en maison médicale à Charleroi, également affilié au DUMG de Liège, il est aussi membre du comité international de classification de la WONCA (organisation mondiale de la médecine de famille) et détenteur d'une thèse de doctorat portant sur l'indexation des savoirs en médecine générale (système 3CGP avec Q-Codes, d'ailleurs

utilisée dans ce travail).
Il est le co-auteur de la définition du concept de prévention quaternaire (5), membre de la cellule de travail consacrée à la prévention quaternaire à la WONCA et a écrit de nombreux articles sur le sujet (6).
Nous avons eu de nombreux contacts par mails et l'occasion de nous rencontrer. Il m'a transmis sa vision de la prévention quaternaire et de son histoire.

*Marc Bouniton*

Membre du Groupe de Recherche et d'Action en Santé (GRAS) dont je détaillerai l'activité plus loin, il se passionne pour le « Publivigilance », analyse de la validité scientifique des messages publicitaires des firmes pharmaceutiques (7). Lui aussi est à l'origine de suggestions de lectures, centrées cette fois sur le rapport entre firmes pharmaceutiques et recherche scientifique. Nous nous sommes rencontré à une occasion et avons communiqué à distance le reste du temps.

## SELECTION DE LA BIBLIOGRAPHIE

Les articles que j'ai retenus parmi les suggestions de lecture de mes trois informateurs clés constituent la majeure partie de la bibliographie.

Cependant d'autres articles ont aussi été sélectionnés en examinant la bibliographie d'autres articles pertinents (méthode de recherche dite « boule de neige »).

Enfin quelques références sont issues de recherches dans Medline (via Pubmed) et Google Scholar. Recherches effectuées via utilisation de MeSH terms (Medical Subject Headings) identifiés dans le catalogue MeSH[1], tels que *Medical Overuse,* et de filtres (par exemple langue anglaise et publications de moins de 10 ans) afin d'accroître la pertinence des articles retenus.

J'ai sélectionné des articles francophones mais aussi anglophones. Une attention a été portée à leur caractère récent et à privilégier les revues les plus réputées.

[1] https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand

Bien que n'ayant pas effectué de recherche systématique au sens propre du terme, il me semble avoir obtenu une certaine saturation des données au vu du peu d'informations supplémentaires apportées par mes dernières lectures.

J'ai utilisé le programme « Zotero » afin d'organiser et référencer ma bibliographie selon le modèle de Vancouver.

J'ai tenté d'appliquer la structuration de texte IMRaD, mais j'ai pris quelques libertés afin de pas entraver la narration. Ainsi les parties définitions, évolution du concept, causes et mécanismes et pistes de solutions constituent-elles les « résultats » de la recherche.

# TERMINOLOGIE

Avant d'aborder la réflexion proprement dite, commençons par définir les différentes notions qui seront abordées par la suite.

Dans un article paru dans le British Medical Journal (BMJ), Carter et ses collègues présentent « l'excès de médecine » comme un concept global, une grande boîte qui renferme nombre d'autres concepts en découlant. Carter attire notre attention sur l'importance de choisir de manière adéquate les termes utilisés pour évoquer le concept de surmédicalisation. « Surmedicalisation », « Medical Overuse » et « Too much medicine » sont des termes équivalents très généraux, des termes « parapluie » en quelque sorte, bien utiles pour parler du sujet sans rentrer dans les détails (8).

Les termes qui suivent évoquent des concepts plus restreints, sous-jacents à l'excès de médecine (Annexe 1).

*La surmédicalisation* fait ainsi référence à la tendance de reconsidérer des problèmes liés à l'existence humaine, tels que le deuil ou le vieillissement, comme des problèmes médicaux nécessitant potentiellement un traitement. En langue française il semble toutefois faire office de terme général pour évoquer l'excès de médecine et c'est dans ce sens que je l'emploierai (8).

*Le surdiagnostic*, dans sa définition la plus simple, consiste à diagnostiquer chez un patient une pathologie dont il ne souffrira jamais. Pour ces maladies, un traitement se révèlerait plus néfaste que l'abstention thérapeutique, et le surdiagnostic conduit alors au *surtraitement* (8).

Il n'est pas toujours simple de différencier le surdiagnostic d'un *faux positif.* Si on peut simplement dire qu'un faux positif a lieu lorsqu'un test affirme la présence d'une anomalie qui est en réalité non existante, le surdiagnostic est plutôt le fait d'attribuer une étiquette diagnostique à une situation pour laquelle le patient ne tirera pas de bénéfice de son traitement. Le diagnostic n'est pas nécessairement faux, il est plutôt excessif et dépend fortement de la définition de la maladie qui y est liée. On considérera donc plutôt le surdiagnostic comme un abus médical que comme une erreur, au contraire du faux positif (8).

Un *faux négatif* est a contrario le fait d'infirmer la présence d'une anomalie lors de la réalisation d'un test médical alors que la personne évaluée en est en réalité porteuse (9).

Les *valeurs prédictives positive* et *négative* d'un test représentent le degré de probabilité avec lequel on peut réellement affirmer qu'une pathologie est présente en cas de résultat positif du test (valeur prédictive positive - VPP) et réellement affirmer qu'une pathologie est absente en cas de résultat négatif du test (valeur prédictive négative - VPN). Ces valeurs ne

dépendent pas uniquement des caractéristiques intrinsèques du test (sensibilité/spécificité) mais dépendent aussi de la prévalence de la pathologie que l'on cherche à diagnostiquer ou éliminer (un test positif a plus de chance d'être un faux positif si la pathologie recherchée est rare que si elle est très fréquente) (9).
Ainsi une sérologie positive pour l'influenza a-t-elle une meilleure VPP en situation d'épidémie de grippe qu'en plein été.

*La surdétection*, génératrice de surdiagnostic, est le fait d'identifier des anomalies chez des patients ne se plaignant de rien et dont la découverte n'apporte pas de bénéfice. Elle comprend notamment le surdépistage et la découverte de fortuitomes (« incindentaloma » en anglais) (8).

*La surprescription* fait référence à une utilisation excessive de procédures médicales, y compris la prescription de médicaments. Soit parce que la réalisation d'un examen pourrait être évitée, soit parce qu'un ou plusieurs autres examens seraient plus adéquats au vu de la situation. Le terme est couramment utilisé pour parler d'excès de prescriptions médicamenteuses mais je préfère alors utiliser le terme de *surtraitement* pour évoquer ces situations où les patients acceptent de recourir à une médication qui ne leur apportera pourtant aucun bénéfice (8).

*La « disease mongering »* est la volonté d'étendre la définition de maladie, avec comme corollaire l'augmentation du nombre de diagnostics et de malades, et ce à des fins marketing. Voire même d'inventer de nouvelles maladies. Ceci peut se produire lorsqu'on diminue les seuils pathologiques de variables biologiques (PSA, cholestérol, diabète…) ou qu'on considère comme pathologiques des expériences et comportements simplement humains.
Je détaillerai ultérieurement ce concept de manière plus concrète.

Quant à *la prévention quaternaire (P4)*, elle a été définie par Marc Jamoulle et Michel Roland comme « *une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le/la protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement acceptables* » (2). Cette définition a été avalisée par l'Organisation Mondiale de la Médecine de Famille (WONCA).

## NAISSANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT DE SURMEDICALISATION

Afin de mieux appréhender la réalité du concept de surmédicalisation, il me paraît important d'en interroger les origines.

La genèse de ce mouvement est complexe et multifactorielle et chaque jour voit s'écrire une nouvelle page de son histoire. Je tenterai ici d'en définir les grands traits et de citer certains auteurs et ouvrages clés qui ont façonné son évolution.

Déjà en 1975, Ivan Illich publiait sa « Némésis médicale », critique de la société industrielle dont il avait choisi le domaine médical pour illustrer ses propos. Sans attribuer le terme de surmédicalisation à ses allégations, il soutenait qu'un investissement excessif dans un système de santé et la volonté d'étoffer sans cesse l'offre médicale créent le besoin chez les patients, ce qui tend à amenuiser progressivement leur autonomie avec, comme conséquence, une détérioration de leur état de santé (10).
Le passage suivant illustre bien sa pensée :
« *J'ai choisi la médecine comme exemple pour illustrer des niveaux distincts de la contre-productivité caractéristique de toutes les institutions de l'après-guerre, de leur paradoxe technique, social et culturel : sur le plan technique, la synergie thérapeutique qui produit de nouvelles maladies ; sur le plan social, le déracinement opéré par le diagnostic qui hante le malade, l'idiot, le vieillard et, de même, celui qui s'éteint lentement. Et, avant tout, sur le plan culturel, la promesse du progrès conduit au refus de la condition humaine et au dégoût de l'art de souffrir* » (11).

En 1976, Michel Foucault évoquait le concept sous le nom de « iatrogénie positive », faisant allusion à la nocivité potentielle de l'intervention médicale dans ce qu'elle a de « fondement rationnel ». C'est-à-dire qu'il ne faisait pas référence aux erreurs médicales, mais bien aux dommages que peut causer intrinsèquement tout acte médical. Même si l'acte est justifié et posé avec une volonté de soigner (d'où la notion de « positivité ») (12).

En 1985, dans son ouvrage « Medical Flipper », Jean Carpentier, médecin généraliste français, imagine le patient comme la bille d'un billard électrique sans cesse redirigé aux quatre coins du système de soins de santé. La métaphore parle d'elle-même… (13).

Il faudra attendre 1986 pour que Marc Jamoulle attribue l'appellation de « prévention quaternaire » au concept éthique que nous connaissons aujourd'hui (5). Notons que les quatre types de prévention ne sont pas des étapes obligatoirement successives mais concernent simplement différentes situations que les patients peuvent rencontrer et entre lesquelles ils peuvent potentiellement évoluer (Annexe 2).

En Belgique, en 1993, le psychiatre Jean-Pierre Lebrun publie « De la maladie médicale » et appelle à « *penser les principes fondateurs sur lesquels la médecine est organisée* ». Une médecine qu'il présente comme « *en désarroi grandissant* » et qu'il invite à « *penser son propre cadre de pensée* » (14).

Si une prise de conscience mondiale concernant la surmédicalisation a pu progressivement s'opérer, c'est aussi grâce au développement d'une spécialité appelée « Epidémiologie Clinique », outil de construction de l'« Evidence Based Medicine » (EBM). Elle est « *l'application des principes épidémiologiques généraux à la recherche clinique, dans le but d'améliorer les connaissances sur l'étiologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement ou la prévention des maladies* » (15).

Une des figures phares de la discipline est David Sackett, médecin américano-canadien, fondateur du premier département d'épidémiologie clinique du Canada et du centre EBM d'Oxford (16).

L'épidémiologie clinique a permis de mettre en exergue avec davantage d'objectivité les travers du système de santé des Etats-Unis et de recentrer l'attention sur les malversations incessantes de l'industrie pharmaceutique.

Divers ouvrages traitant des abus des firmes pharmaceutiques et de leurs rapports exigus avec des sommités des domaines médical et politique ont successivement vu le jour. Entre autres :

- En 2002 « The creation of psychopharmocolgy » de David Healy (psychiatre), Harvard University Press.
- En 2007 « Overtreated » de Shannon Brownlee (journaliste), Harvard University Press et « Shyness » de Christopher Lane (critique littéraire), Yale University Press.
- En 2013 « Big Pharma » de Mikkel Borch-Jacobsen (philosophe et professeur de littérature), édition Les Arènes, ainsi que « Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie » de J-C St-Onge (professeur de philosophie retraité), chez Ecosociété.
- En 2015 « Ending Medical Reversal » de Vinayak K. Prasad (hématologue) et Adam S.Cifu (interniste), Johns Hopkins University Press, et « Psychiatry under the

influence : Institutional corruption, social injury and prescriptions for reform » de L. Casgrove (professeur de sciences humaines) et R.Whitaker (journaliste), édité par Palgrave Macmillan.

Un livre en particulier a connu un succès important auprès du grand public. Il s'agit d'« Overdiagnosed » paru en 2011, rédigé par H. Gilbert Welch et ses collègues, tous trois médecins américains (17). L'ouvrage aborde notamment le lien entre dépistage et surdiagnostic, la tendance à abaisser les valeurs-seuil de diagnostic et la surdétection consécutives aux progrès techniques des examens complémentaires.

En ce qui concerne l'Europe, c'est certainement Peter C. Gøtzsche, médecin et chercheur danois, co-fondateur du centre Cochrane qui a le plus milité pour une réflexion quant à la surmédicalisation.[2]

De nos jours le mouvement de l'épidémiologie clinique a acquis une portée mondiale et voit chaque année s'organiser une conférence internationale dédiée au sujet du surdiagnostic sous le label « Preventing Overdiagnosis ». Elle aura lieu à Copenhague en août 2018 (18).

Du côté de la médecine générale, des groupes de travail concentrent désormais leur activité sur la prévention quaternaire et l'on retrouve ainsi des « cellules prévention quaternaire » à la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) (19) ou encore à la WONCA (20). Le but de ces cellules est entre autres d'élaborer des conseils de pratique courante, de sensibiliser la première ligne de soins et de coordonner les initiatives locales et étrangères. Je mentionnerai aussi le Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé (GRAS) auquel appartient Marc Bouniton, précédemment cité: « *Le GRAS regroupe des médecins et des pharmaciens soucieux de promouvoir le bon usage du médicament et qui pratiquent entre autres la "Publivigilance". Le GRAS étudie les références scientifiques des messages publicitaires contestés, interpelle les firmes concernées et les instances responsables en cas d'abus persistant. Il a développé plusieurs actions dans ce domaine* » (7).

[2] Publications de Peter C. Gøtzsche
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gøtzsche%20PC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21249649

## LA SURMEDICALISATION AUJOURD'HUI

Abordons maintenant certains écueils du phénomène de surmédicalisation qui sont aussi des réalités de notre système de santé.

### SURDIAGNOSTIC ET MORTALITE :

Malgré le faible recul dont on dispose, on peut déjà observer un phénomène interpellant au sujet de certaines pathologies : le nombre de cas diagnostiqués augmente, mais le taux de mortalité lié à ces pathologies ne diminue pas ou peu. On observe notamment ce phénomène pour les embolies pulmonaires (21) et pour les cancers de la prostate (17)(22), du sein (23) et de la thyroïde (17)(22)(24). Il existe donc deux possibilités : soit il y a une « épidémie » de nouveaux cas bénins, ce qui semble inexplicable, soit les techniques diagnostiques se sont améliorées et le seuil diagnostique a été abaissé…Mais les anomalies détectées concernent des situations qui n'auraient pas évolué vers une menace du pronostic vital. Considérer ces situations comme pathologiques, c'est du surdiagnostic. Et qui dit surdiagnostic dit risque de surtraitement. Ainsi peut-on déjà observer pour certaines pathologies, le cancer de la prostate notamment, que les dégâts iatrogènes (impuissance et incontinence) ont été plus importants que les bénéfices obtenus en terme de baisse de mortalité (17)(24).

On se questionne donc sur ce qui correspond à une anomalie bénigne et sur ce qui constitue une « vraie » situation pathologique, avec engagement du pronostic vital ou menace pour la qualité de vie.

### BUDGET DES SOINS DE SANTE

La Belgique consacre une grande part de son budget à son système de soins de santé. Ainsi le budget annuel de 2018 est-il d'approximativement 25 milliards 450 millions d'euros (25). Il est déterminé sur base d'une procédure fixe (26) et suit une norme de croissance de 1.5% par an et une indexation, mais les estimations techniques situent ce plafond maximal à 238 millions en-dessous des besoins théoriques de la population belge (25).
Nous nous trouvons dans un système qui réclame toujours plus d'investissements.

Mais jusqu'où pourra-t-on tolérer cette croissance des dépenses ?
Un système qui coûte cher est-il garant d'une population en bonne santé ? Est-il synonyme de qualité ?
Certains auteurs comme Alain Enthoven, économiste américain, et Amartya Sen, économiste et philosophe indien, prix Nobel d'économie en 1998, soutiennent qu'investir toujours plus d'argent dans un système de soins de santé finit par se montrer contre-productif (1). A.Sen exprime que le fait de se sentir malade dépend grandement de facteurs sociaux. Ainsi une société où tout ce qui s'écarte de la norme en matière de santé peut potentiellement conduire à un traitement médical inciterait les gens à se définir plus facilement comme malades (27). L'offre créant d'une certaine façon la demande. Ceci n'est pas sans rappeler l'épidémie de « worried well people » mentionnée dans certains média comme la BBC (28), c'est-à-dire l'augmentation alarmante du nombre de personnes en apparente bonne santé mais se percevant comme malades. Ce qui les conduit à consommer des médicaments ou à consulter des soignants (29). I.Illich écrivait aussi : « *Le système médical, dans un monde imprégné de l'idéal instrumental de la science, crée sans cesse de nouveaux besoins de soins. Mais plus grande est l'offre de santé, plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies* »(11).
On imagine mal un tel système s'autolimiter…

Les dépenses de notre système de santé sont-elles justifiées ? Récoltons-nous un bénéfice à la hauteur de l'investissement ? Existe-t-il d'autres sociétés au système de santé moins onéreux mais permettant à la population d'avoir un niveau de santé équivalent, voire meilleur ?
Dans quelle mesure cette course à « toujours plus de santé » ne se montre-t-elle pas contre-productive, incitant les belges à demander toujours plus de soins et à s'exposer ainsi au risque de surmédicalisation et de surtraitement ?

## LA SOUS-MEDICALISATION

Je ne pourrais aborder le sujet de la surmédicalisation s'en m'attarder un minimum sur l'envers du décor : la sous-médicalisation.

Je reprendrai les mots du professeur Paul Glasziou (université de Bond) et de ses collègues, issus d'un article paru dans le BMJ en 2013:
« Une frustration grandissante dans le domaine de la médecine est que nous sommes désormais tellement occupés à prendre en charge la prolifération des facteurs de risque, des « fortuitomes » et des patients en apparente bonne santé mais qui se vivent comme malades (« worried well ») que nous manquons de temps pour nous occuper correctement de ceux dont la santé est réellement préoccupante. Comme nous constatons l'incessant élargissement des définitions de certaines maladies fréquentes telles que le diabète et l'insuffisance rénale, ainsi que celles de troubles mentaux, notre temps et notre attention disponibles pour les patients préoccupants, déséquilibrés et vulnérables ont diminué. L'excès de médecine pénalise finalement aussi bien les malades que les bien-portants »[3] (30).

Quand un patient « surutilise » une IRM ou un scanner, un patient qui profiterait peut-être davantage d'un test d'imagerie médicale se voit contraint de supporter un délai plus long pour en bénéficier. Il en va de même pour toute consultation ou tout autre test médical. Et cette mise à disposition non optimale des ressources médicales ne touche pas tout le monde de la même façon.

En effet comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent avec les propos d'A.Sen, ce sont probablement les personnes les plus instruites qui sont les plus conscientes que les maux qu'elles perçoivent sont peut-être à mettre en lien avec des maladies nécessitant le recours à un traitement médical. Les patients les plus prompts à se faire dépister et à faire suivre leurs paramètres biologiques et cliniques de manière régulière sont ainsi généralement issus des couches sociales supérieures. Je me rappelle qu'étant étudiant en 5ème année de médecine, mon professeur de gynécologie clinique (Pr Frédéric Kridelka) expliquait dans son cours qu'une des problématiques du dépistage du cancer du col utérin était qu'une proportion minoritaire de femmes, souvent bénéficiant d'un haut niveau d'éducation, se faisait surdépister (plus d'un frottis tous les 3 ans) et qu'une majorité de femmes était sous-dépistée.

[3] Traduction personnelle de l'anglais vers le français.

Ceci déséquilibrant le rapport investissements/résultats de ce programme de dépistage (31) (Annexe 3).

La surmédicalisation et la sous-médicalisation qui en découle renforcent donc les inégalités sociales.

## LA SURMEDICALISATION : CAUSES ET MECANISMES

Je vous ai présenté un historique du développement de la surmédicalisation et du mouvement de la prévention quaternaire ainsi que quelques figures importantes qui y ont contribué.

Mais cela ne répond pas à la question de savoir pourquoi et comment a pu se développer cet « excès de médecine ». Je vous propose dans ce chapitre de tenter d'y apporter des éléments de réponse. Je ne peux cependant prétendre être exhaustif au vu de la complexité du phénomène et des ressources restreintes dont je dispose pour aborder la question.

### DES TESTS MEDICAUX DE PLUS EN PLUS PERFORMANTS QU'IL NOUS FAUT APPRENDRE A UTILISER

Je choisirai pour illustrer ce point une situation concrète : le diagnostic de l'embolie pulmonaire.

Jusqu'à la fin des années 90, la scintigraphie ventilation/perfusion est l'outil diagnostique le plus performant et le plus utilisé pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire. L'angioscanner fait ensuite son apparition. Non invasif et offrant un bon rapport spécificité (96%) / sensibilité (89%), il a rapidement supplanté la scintigraphie (32).
On s'aperçoit cependant aujourd'hui que son utilisation, massivement répandue, gagnerait à être repensée.

D'abord parce qu'on constate qu'aux Etats-Unis, malgré un nombre annuel de diagnostics qui a presque doublé depuis l'apparition de l'angioscanner, la mortalité globale ajustée à l'âge n'a presque pas diminué (de 12,3 à 11,9 pour 100 000 patients). On ne sauve donc pas plus de vies depuis l'utilisation de ce test réputé plus performant. Par contre le taux de décès par cas d'embolie pulmonaire a chuté de manière significative : 12,1% à 7,8%. Puisque le traitement

de l'embolie pulmonaire n'est pas devenu plus efficient, cette diminution s'explique par le fait que ce sont les embolies non létales qui sont majoritairement révélées par l'angioscanner (32).

Ensuite parce que plus de diagnostics d'embolies pulmonaires signifie aussi plus de traitements prophylactiques par anticoagulation (anti-vitamine K en Belgique). Avec les contraintes qui y sont associées comme les contrôles du niveau effectif d'anticoagulation par calculs réguliers de l'International Normalized Ratio (INR) et donc la nécessité de prises de sang régulières, l'anxiété liée au risque hémorragique et tout simplement la sensation d'être une personne « malade » qui doit prendre un médicament.

Depuis l'arrivée de l'angioscanner, il est donc devenu nettement plus fréquent de visualiser des emboles pulmonaires. Une étude prospective américaine a d'ailleurs révélé la présence d'emboles pulmonaires (le plus souvent périphériques, donc de petite taille) par la réalisation systématique d'angioscanners thoraciques chez 5.7% des participants et 16,7% des personnes de plus de 80 ans. Les participants ont été sélectionnés sans critère spécifique afin que la population étudiée soit la plus générale et représentative possible, seules les personnes avec antécédent d'embolie pulmonaire ou cliniquement suspectées d'en souffrir ont été exclues (33).
La formation d'emboles pulmonaires est donc un phénomène bien plus fréquent que ce que l'on pensait auparavant et pas forcément associée à un pronostic de santé péjoratif.

La solution n'est cependant pas de faire moins de tests diagnostiques, car la clinique seule ne suffit pas à assoir le diagnostic d'embolie pulmonaire, mais peut-être de sélectionner davantage les patients à tester et de ne pas oublier que d'autres tests diagnostiques radiologiques existent et présentent des avantages dans certaines situations. Ainsi la scintigraphie V/P a l'avantage de moins irradier le patient, est moins onéreuse et produit moins de « fortuitomes » qui conduiraient potentiellement à des explorations supplémentaires. Elle garde donc tout son intérêt chez les patients cliniquement stables et chez les jeunes patients (34).

N'oublions pas que nous disposons par ailleurs de tests cliniques de première intention, accessibles et pertinents, comme le test clinique de Wells et le dosage des D-dimères, reconnu pour son excellente valeur prédictive négative.

Ce paragraphe illustre donc que, puisque les tests médicaux deviennent de plus en plus performants, des situations qui autrefois n'étaient pas détectées sont aujourd'hui révélées. Auparavant les tests médicaux étant moins sensibles, les situations identifiées constituaient forcément des situations plus « avancées » ou plus sérieuses et la corrélation avec des symptômes cliniques était plus évidente. On répondait à ces situations par une attitude interventionniste, désirant protéger le patient. Mais puisqu'aujourd'hui des situations infra-cliniques sont révélées sans nécessaire corrélation entre anomalie et symptômes (ni même pronostic), il nous faut réenvisager notre manière de prendre en charge ces situations, afin de ne pas pécher par excès et exposer les patients à la surmédicalisation.

## LE DOUTE, LES MOYENS D'Y REPONDRE ET L'INTOLERANCE A L'ERREUR

Lors d'une consultation se rencontrent l'incertitude du médecin, plutôt « scientifique », et celle du patient, plutôt « existentielle » (35).

Le médecin se demande si l'ensemble des signes et symptômes qui se présentent à lui correspond bien à cette pathologie qu'il connaît, qu'il a étudiée et à laquelle il attribue une prise en charge qui, l'espère-t-il, soulagera son patient. Il se demande si le patient respectera bien les modalités du traitement et s'il le supportera.

Le patient quant à lui se demande s'il pourra travailler le lendemain et conduire son enfant à l'école, s'il pourra continuer à pratiquer cette activité qu'il aime, s'il pourra supporter ce jugement que les gens portent sur sa maladie ou même va-t-il jusqu'à se demander parfois si l'existence qu'il mène vaut encore la peine d'être vécue.

C'est parce que ces deux réalités se rencontrent et se complètent que la décision d'une prise en charge gagne à être partagée. Parce que le doute doit être partagé pour être mieux supporté.

Le doute a toujours fait partie intégrante de la médecine et nous, médecins, basons une grande partie de nos décisions sur des probabilités.
Rien de nouveau dans tout cela. Dès lors pourquoi chercher à mettre en lien un phénomène ancien comme le doute en médecine avec ce phénomène de surmédicalisation dont l'histoire est plus récente ?

Pour nous aider à gérer le doute, différents outils sont à notre disposition.
Je n'ai pas la volonté d'en faire ici la liste exhaustive, mais il est certain que la réalisation d'examens complémentaires en fait partie et peut nous aider à infirmer ou confirmer nos hypothèses. Et le contexte dans lequel nous prescrivons ces examens, lui, a changé.

D'abord l'offre d'examens médicaux dits « complémentaires » s'est fortement étoffée : nombre de molécules dosables dans le sang, techniques radiologiques diverses, mise au point de tests diagnostiques de plus en plus pointus parallèlement au développement de surspécialisations médicales, etc.
L'accessibilité (du moins géographique) aux tests médicaux les plus utilisés a aussi évolué. Ainsi, bien que les délais pour obtenir une imagerie par résonnance magnétique (IRM) à Liège restent conséquents, les différents hôpitaux se sont alignés dans une course à l'équipement pour pouvoir aujourd'hui proposer cette technologie dans des délais similaires. Bien sur la situation diffère selon que l'on travaille comme médecin généraliste dans un village ardennais ou au centre-ville de Bruxelles, mais je pense qu'il s'agit tout de même d'un phénomène général. Sans doute cette disponibilité d'examens complémentaires influence-t-elle nos comportements de prescripteurs…

Nous vivons par ailleurs dans une société moderne qui prône la toute-puissance de la science, supporte de moins en moins le doute et par conséquence de moins en moins l'erreur (10).
Il est ainsi connu qu'aux Etats-Unis par exemple, les procès livrés aux médecins sont devenus de plus en plus fréquents au fil des ans, les conduisant à adopter une attitude défensive (17). Celle-ci peut se traduire de diverses façons, notamment par une augmentation du nombre d'explorations médicales dans une volonté de réduire davantage le doute diagnostic. Ou encore par une promptitude plus importante à prescrire des médicaments, tels que des antibiotiques.

Mais l'accroissement de la prescription de médicaments et de tests médicaux à un coût.
Or en Belgique les initiatives gouvernementales visant à limiter les dépenses en soins de santé s'intensifient.

Ainsi les médecins se voient-ils pris dans un étau avec d'un côté l'attente de la société qu'ils ne « ratent » pas de diagnostic et d'un autre côté l'impératif de pratiquer une médecine à moindre coût.

## Le « Disease Mongering », l'influence des firmes pharmaceutiques et l'implication des medias

Pour reprendre les mots de Ray Moynihan et ses co-auteurs dans un article paru en 2002 dans le BMJ :
« Beaucoup d'argent peut être obtenu en faisant croire à des personnes en bonne santé qu'elles sont malades » (36).

Comme expliqué dans le paragraphe consacré aux définitions, le disease mongering consiste à étendre les limites de la définition d'une maladie ou à médicaliser certains aspects de la vie ordinaire à des fins commerciales (8)(36).

Ceci concerne donc particulièrement (mais pas uniquement) les pathologies et les facteurs de risque de développer des pathologies qui sont déterminés par des valeurs seuil (diabète, ostéoporose, hypertension artérielle, dysthyroïdie…).
Tenter de faire en sorte que des facteurs de risque[4] soient considérés comme des maladies à part entière (hypertension, ostéoporose, hypercholestérolémie…) est également considéré comme du disease mongering.
La médicalisation d'éléments intrinsèques à la vie humaine peut concerner par exemple la ménopause, le vieillissement, le deuil ou la sexualité (1)(36).
Un procédé assez similaire est le fait de faire considérer comme une maladie méritant un traitement une situation personnelle n'occasionnant finalement que des symptômes légers (tel un transit intestinal capricieux) (36).

[4] La différence entre facteur de risque et maladie est soumise à débat, mais je pense qu'on peut considérer qu'on ne souffre pas directement d'un facteur de risque. On souffre par exemple d'un infarctus du myocarde conséquent à la fissuration d'une plaque d'athérosclérose coronarienne, mais on ne ressent pas directement la présence de l'hypercholestérolémie qui pourtant a contribué au développement de l'infarctus.

Il faut savoir que les firmes pharmaceutiques sont très impliquées dans ce que l'on pourrait appeler la « conception » des maladies et leur « promotion » auprès du grand public et des médecins. Pour cela divers stratagèmes sont utilisés (10)(17)(36). Pour exemples :

- Sponsorisation des groupes de patients et/ou médecins qui tentent de faire « reconnaître » la pathologie dont ils souffrent/s'occupent.
- Alliance avec des médias pour effrayer le grand public au sujet d'une pathologie, y concentrer son attention, et surtout faire naître une demande pour les traitements qui y sont associés.
- Sponsorisation de scientifiques considérés comme experts dans leur domaine afin qu'ils fassent la promotion du produit ou plaident pour étendre les limites de la pathologie en lien avec le traitement.

Le GRAS, déjà cité précédemment, tente par son action de « Publivigilance » de mettre en exergue les abus publicitaires des firmes pharmaceutiques. Ainsi « *suite aux actions déjà entreprises, le GRAS a mis en évidence plusieurs types de dérapages publicitaires :*

- *minimalisation des effets secondaires.*
- *élargissement indu des indications.*
- *publicité médiatique déguisée alors que TOUTE publicité grand-public est interdite pour les médicaments sous prescription.*
- *manipulation des prix.*
- *interprétation tendancieuse des résultats d'essais cliniques.*
- *expérimentations non éthiques.* »

Pour influencer l'opinion des médecins, les firmes pharmaceutiques regorgent de créativité : délégués médicaux, études sponsorisées, avis d'expert influant prônant l'usage de tel ou tel produit, financement de congrès, publicité ciblée, repas offerts etc.

La disease mongering est bien illustrée par la polémique concernant l'extension de la définition et du nombre de pathologies mentales au cours des éditions successives du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (37)(38).

Les conséquences du disease mongering sont bien entendu économiques, puisque les patients et le système de santé tout entier investissent dans des traitements aux bénéfices surestimés.
Par ailleurs les patients s'exposent à un risque de souffrir d'effets secondaires pas nécessairement mis en avant par les firmes en recourant à l'usage de traitements médicaux (39).
Enfin c'est la représentation que se font patients et médecins des maladies qui se voit influencée par le disease mongering (36).

## CONTEXTE SOCIAL ET SPIRITUALITE

Autrefois la spiritualité imprégnait la vie des hommes et des femmes d'Occident de bien des manières, notamment par la pratique de religions dans lesquelles sont abordées les questions de mort, de perte, d'épreuves de la vie.

Il me semble également que notre société occidentale est en pleine mutation (10)(30)(35). On entend parler sans cesse du choc des générations et de la génération digitale, de la mondialisation, de ces couples qui se font et se défont, des familles recomposées, de la violence du milieu du travail et des épuisements professionnels. Les jeunes s'exposent sur les réseaux sociaux et la publicité est toujours de plus en plus présente et individualisée à chacun d'entre nous, immiscée dans chaque instant de notre quotidien.

C'est comme si les grands piliers qui structuraient l'existence des hommes, tels que la famille, les rapports sociaux, la spiritualité ou le travail s'effondraient. Ou plutôt, comme si nous devions les réinventer, trouver une manière autre de les cultiver.

D'autres valeurs semblent dès lors remplacer les valeurs d'antan aujourd'hui désuètes, qu'il s'agisse du culte de l'image et de celui de la performance. La santé est elle aussi concernée, et être en bonne santé ne suffit plus. Dans notre société prônant comme valeur la productivité, il faut paraître jeune, sportif, positif et énergique et on considérera comme « pathologique » tout ce qui entrave cette dynamique : fatigue, vieillissement, insomnie, tristesse…(11).
Comment supporter une telle pression ? Il semble que tout le monde n'en soit pas capable et cette période de grands changements ferait le lit de l'émergence de certaines pathologies.

C'est en tout cas comme des pathologies que sont considérés le burnout, le trouble envahissant du développement avec ou sans hyperactivité (TDAH), la dépression, la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable...
Je me pose dès lors cette question : est-ce la manière dont fonctionne la société actuelle qui fait que ce que l'on considère comme pathologie mentale ou psychosomatique est plus prévalent ; ou est-ce notre regard sur la santé mentale qui a changé et étendu le spectre de sa définition ? Les deux peut-être. Je profite en tout cas de l'occasion pour rappeler que la maladie mentale a tout particulièrement fait l'objet de disease mongering.

Et si nous confondions problèmes sociétaux et problèmes médicaux ? Je ne peux m'empêcher d'évoquer à quel point les sujets de l'hyperactivité et des retards de développement chez les jeunes sont d'actualité, au moment même où les schémas familiaux sont bousculés et où le règne du digital s'intensifie.

Mais revenons-en à la spiritualité. Comment répondons-nous aujourd'hui à la souffrance inhérente à l'expérience d'une vie humaine ? Qui a remplacé les curés d'hier ? Je ne peux croire que les gens n'aient plus besoin aujourd'hui de guides spirituels. Je pense qu'ils cherchent réponses ailleurs à leurs questions. Sans doute discute-t-on de son quotidien avec son coiffeur, de certains autres problèmes avec son médecin de famille ou parfois choisit-on de s'offrir les services d'un psychologue. Beaucoup aussi se tournent vers des médecines dites « alternatives ». Toutefois aucune de ces professions n'est formée spécifiquement à la spiritualité. Et sans doute les médecins et psychologues portent-ils un regard quelque peu « technique » à ces problèmes de l'existence humaine.

Je soutiens donc que par une « déspiritualisation » de notre société et de notre manière de concevoir l'existence, nous avons perdus certains outils qui nous permettaient de faire face et de nous adapter à la souffrance humaine (1). Et que dès lors les réponses apportées à ces situations sont bien trop souvent de l'ordre de la médication plutôt que de la prise de recul, du travail sur soi ou du recours à des ressources autres que chimiques.

Une lutte sans fin s'est engagée contre le vieillissement et la souffrance, loin du travail d'acceptation.
I.Illich défendait lui aussi ces considérations et je reprendrai à nouveau ses mots pour conclure :

"*People are conditioned to get things rather than to do them . . . They want to be taught, moved, treated, or guided rather than to learn, to heal, and to find their own way"*(10)[5].

« *Chacun exige que le progrès mette fin aux souffrances du corps, maintienne le plus longtemps possible la fraîcheur de la jeunesse, et prolonge la vie à l'infini. Ni vieillesse, ni douleur, ni mort. Oubliant ainsi qu'un tel dégoût de l'art de souffrir est la négation même de la condition humaine* » (11).

## L'ACCES AISE A DE L'INFORMATION DE QUALITE VARIABLE

Les moyens de diffusion de l'information ont fortement évolué au cours des dernières années. L'accès à internet se fait en quelques secondes et tout un chacun peut diffuser une information, pas nécessairement contrôlée ni fiable, qui touchera rapidement un grand nombre de personnes. Mais quelles sont les intentions des auteurs ? Diffuser une information de qualité dans un souci de prendre soin de la santé de leurs pairs ? Obtenir une certaine popularité ? La recherche d'un retour lucratif ? Nous avons constaté le lien possible entre mise à disposition d'information et disease mongering.

Je pense que l'accès aisé à une information non contextualisée et de qualité discutable peut conduire nos patients vers des demandes de prise en charge s'apparentant au surtraitement. Sans doute serait-ce différent si les patients étaient davantage formés à la critique d'information scientifique.

Les médecins, quand ils en ont le courage et le temps, discutent avec leurs patients de leurs croyances. Ils évaluent la qualité de leurs sources, les interrogent sur leurs représentations de la maladie pour les guider vers une décision partagée qui satisfasse au mieux les deux parties. Mais il est parfois tentant d'économiser temps et énergie en cédant directement à la demande du patient.

[5] Je ne désirais pas traduire ces propos de peur d'en atténuer la force.

## INCAPACITE DU SYSTEME ACTUEL A APPORTER UNE REPONSE SATISFAISANTE A CERTAINES MALADIES

Le paradigme en médecine est de placer un patient au terme d'une consultation dans une case diagnostique associée à un traitement afin de tenter de le soulager de ses souffrances. Ceci s'effectue en général selon la suite logique : anamnèse, examen clinique, examens complémentaires éventuels puis diagnostic.

Mais de nombreux patients échappent à cette logique, malgré les efforts répétés des médecins qui tentent de les soigner. La frustration des soignants est alors à la hauteur de la déception des patients.

Les médecins supportent mal l'absence de diagnostic…et le sentiment d'impuissance qui l'accompagne. On a donc créé des diagnostics « filets », dans lesquels atterrissent les patients qui n'ont pu recevoir préalablement d'autre diagnostic. C'est un peu le « no man's land » médical. « Medically unexplained symptoms », « non disease disease », « psychosomatisation », les termes pour évoquer ce type de pathologies ne manquent pas.

Ces patients dont les symptômes ne peuvent être rattachés à une pathologie organique bien définie se voient particulièrement exposés au risque de surmédicalisation.

D'abord parce qu'à force de ne pas trouver ce qu'on cherche, on finit par trouver ce qu'on ne cherche pas (surdétection, surdiagnostic).

Ensuite parce que, faute de mieux, on accordera finalement un diagnostic « par défaut » au patient, et qui dit diagnostic dit risque de traitement…le plus souvent médicamenteux. Si le patient ne tire pas bénéfice de son traitement, on se trouve bel et bien dans une situation de surtraitement.

Peut-être devrions-nous modifier notre façon de procéder lorsque nous faisons face à ces patients ? Ceux-là que le système a échoué à aider. Oublier pour un temps les diagnostics. Ne pas chercher à agir à tout prix. Leur laisser un peu de place pour être davantage acteurs de leur prise en charge (40).

## LES CONSENSUS D'EXPERTS ET RECOMMANDATIONS

J'ai réalisé lors de la lecture du livre de H.G.Welch que les valeurs seuils de certaines pathologies comme le diabète n'ont cessé d'être abaissées aux Etats-Unis au fil des ans. Ces valeurs critiques se rapprochent donc de plus en plus de la norme et du percentile cinquante (P50). Et tout abaissement supplémentaire de ces seuils se traduit par une augmentation exponentielle du nombre de patients situés au-dessus du seuil de positivité, car la répartition des valeurs biologiques d'une population s'établit selon un profil de courbe de Gauss (17).

Ce qui est interpellant c'est de constater que la définition de maladie comporte une part non négligeable de subjectivité. Et qu'actuellement (aux Etats-Unis du moins) il n'y a pas de règle définie concernant la constitution des groupes travaillant sur la définition des maladies. Il n'y a pas de critère clair non plus pour décider quand il est nécessaire de reconsidérer la définition d'une pathologie (30).
Sans règle fixe, comment s'assurer que des conflits d'intérêt ne biaisent les prises de décision ?

### LES CROYANCES DES MEDECINS

D'autres études nous interpellent sur un phénomène à présent bien établi : de manière générale, les médecins tendent à surévaluer les effets potentiellement bénéfiques de leurs interventions (diagnostiques et thérapeutiques) et à en sous-évaluer le potentiel néfaste (41). Ce qui en fin de compte biaise la décision partagée entre médecins et patients et oriente ceux-ci vers des prises en charge excessivement interventionnistes dans lesquelles soignants et soignés ignorent les risques encourus.

### LES CROYANCES DES PATIENTS

Nous l'avons vu, les patients sont soumis à beaucoup d'influences de la part des médias et d'internet en ce qui concerne les croyances en matière de santé (1)(36). Il importe donc de les guider au mieux afin qu'ils ne rencontrent pas les écueils de la surprescription et du surtraitement. Protégeons-les de pensées qui semblent diffuser dans la population et qui peuvent être vectrices de surmédicalisation comme « plus tôt on me diagnostique, plus tôt on me traite, mieux c'est ».

### LA SEGMENTATION DE LA MEDECINE

Je le vis tous les jours, la médecine belge est plutôt « segmentée ». J'entends par là que la médecine spécialisée est ainsi organisée que chacun se concentre sur « son » organe en particulier et « traite » cet organe. A une époque où les patients vivent de plus en plus longtemps tout en présentant des pathologies chroniques qui s'additionnent, le rôle du médecin généraliste est plus que jamais de considérer le patient dans sa globalité, de contextualiser sa prise en charge et ainsi parfois d'alléger son traitement.
Il faut admettre que la communication entre médecins (qu'ils soient spécialistes ou généralistes) gagnerait à être améliorée, bien que des initiatives locales se développent dans ce sens comme le réseau de santé wallon.
Combien de fois des examens sont-ils inutilement répétés par manque de communication ?

# PISTES DE SOLUTION POUR LUTTER CONTRE LA SURMEDICALISATION ET APPLICATIONS PRATIQUES DE LA PREVENTION QUATERNAIRE

En se basant sur sa définition on peut qualifier de prévention quaternaire toute action menée dans le but d'empêcher un patient et/ou une population de souffrir inutilement d'une intervention médicale, qu'elle soit à visée diagnostique ou thérapeutique. La prévention quaternaire est un concept éthique qui répond à la surmédicalisation (2).

J'aborderai dans ce chapitre des propositions de solution s'apparentant donc à de la prévention quaternaire, certaines étant de l'ordre du concret, d'autres, plus abstraites.

La plupart sont des réactions logiques aux points soulevés lors de l'investigation des mécanismes sous-jacents au phénomène de surmédicalisation.

Je me suis aussi inspiré pour rédiger ce chapitre du travail de Pierre Biron, professeur honoraire de pharmacologie à l'université de Montréal, aujourd'hui retraité. Auteur de nombreux articles et chapitres de livres[6], il s'investit grandement dans les questions de pharmacologie sociale (42).

Précisons que des recommandations plus spécifiques de prévention quaternaire concernant chaque discipline de la médecine existent. La campagne « Choosing Wisely » («Choisir avec soin » pour son équivalent québécois) née aux Etats-Unis dans l'essor du mouvement anti-surmédicalisation en fait un inventaire fourni mais non exhaustif sur son site internet (43).

[6] Publications de P.Biron: https://www.researchgate.net/profile/Pierre_Biron2

# LA COMMUNICATION

## LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT

### DEVELOPPER SES COMPETENCES ET Y CONSACRER DU TEMPS

- Les compétences relationnelles d'un médecin peuvent être travaillées. Je pense que des techniques comme l'« empowerment » qui vise à responsabiliser et autonomiser le patient ou encore l' « entretien motivationnel » qui consiste à cultiver chez le patient un discours de changement afin de l'amener d'un comportement A vers un comportement B plus bénéfique pour sa santé sont des moyens de limiter la surmédicalisation.
- De bonnes compétences de communication permettent aussi de faire émerger chez le patient sa demande réelle, qui n'est pas forcément celle qu'il présente comme telle en début de consultation.
- Prendre le temps de communiquer permet aussi d'identifier chez les patients des représentations de la santé qui pourraient les exposer à la surmédicalisation et de pouvoir ainsi les protéger de ces représentations.

### FAVORISER UNE ECOUTE EMPATHIQUE

- Nous, médecins, sommes conditionnés durant nos études à acquérir un mode de fonctionnement interventionniste. Il serait dommage de projeter sur nos patients nos propres travers de surmédicalisation. Parfois les patients désirent simplement être rassurés et se satisfont d'une écoute empathique, de conseils, de réponses. Parfois expliquer à un patient que les maux dont ils souffrent se résoudront spontanément dans une échéance brève permet d'éviter la prise inutile de médicaments. Parfois la simple discussion entre un médecin et son patient constitue en soi un acte thérapeutique (44).

### LA PRISE DE DECISION PARTAGEE ET LE RESPECT DES VOLONTES DU PATIENT

- Le dernier décideur dans la longue chaîne des soins de santé est en fin de compte le patient. C'est lui qui décidera ou non de respecter la fréquence des prises d'un médicament et la durée d'un traitement. C'est lui qui décidera de se rendre ou non à l'hôpital pour réaliser tel ou tel examen ou rencontrer tel ou tel spécialiste. Il faudra donc accorder nos propositions de soins aux volontés du patient. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les volontés de fin de vie et les situations palliatives, ou dans le suivi de pathologies chroniques comme le diabète dont on sait que la cible thérapeutique doit être individualisée.

### La communication medecin-medecin

- Améliorer l'échange d'informations entre tout type de médecins permettrait sans doute de limiter la réalisation d'interventions médicales potentiellement nocives pour le patient (par exemple scanner avec contraste chez un insuffisant rénal) ou contre sa volonté, ainsi que de ne pas répéter inutilement des examens médicaux.

### Des espaces de communication entre intervenants de la sante

- Prévoir plus d'espaces d'échange entre politiques, scientifiques, patients, industriels, professionnels des sciences humaines et de l'éthique pour réfléchir ensemble aux concepts de santé.

## La gestion de l'information

### L'information des patients

- Guider les patients dans l'océan d'informations qui leur est aujourd'hui facilement accessible. Informations dont la qualité est variable, comme le sont les intentions de leurs auteurs. Encourager les patients à sélectionner des informations médicales utiles et de qualité, c'est cultiver leur autonomie et combattre notamment le risque d'automédication inappropriée.

### Formation et sensibilisation des (futurs) jeunes medecins

- Les concepts de santé publique, de surmédicalisation et de prévention quaternaire sont très peu abordés dans le cursus des études de médecine (en tout cas à Liège). Une formation de base à ces sujets est importante afin de permettre aux médecins de se comporter de manière éthique, d'être conscients qu'ils peuvent affliger des dommages à leurs patients en voulant les soigner et pour que leur conception de la santé ne repose pas que sur un modèle biologique (35).

### Lecture et interpretation critiques d'etudes scientifiques

- Des conflits d'intérêt, une manipulation des chiffres ou une fausse interprétation des résultats peuvent entacher la valeur d'une étude scientifique. Afin de ne pas baser des croyances sur des informations non valables, tout médecin devrait avoir de bonnes connaissances dans la lecture critique d'étude scientifique.

### Le recours a des sources d'information « neutres »

- Connaître des sources les plus neutres et objectives possibles, avec haut niveau de preuve, utilisées comme outil/aide à la prise de décision. Ceci implique que des groupes de travail non subsidiés par les firmes pharmaceutiques subsistent et soient donc soutenus par les praticiens (comme le journal *Prescrire*) et/ou les pouvoirs publics. Il est important que le fruit du travail de ces groupes puisse être consulté et intégré de façon rapide et aisée, afin d'être utilisé quotidiennement lors des consultations. Le système de newsletter est également fort utile pour garantir le contact régulier avec une une information actualisée.

  Des organismes comme Minerva, Folia, la SSMG ou encore Prescrire produisent ce genre de contenu.

### L'EBM

- Aide à la prise de décision, l'EBM est une méthode de recherche et d'application d'information s'appuyant sur des niveaux des preuve les plus élevés possible. Elle

permet de se protéger de considérations empiriques. Bien que devant toujours être contextualisée, l'EBM permet de lutter contre la surprescription.

### Se proteger de l'influence des firmes pharmaceutiques

- Rester critique quant aux informations communiquées par les firmes pharmaceutiques. Les effets secondaires potentiels et la sécurité du patient n'y sont pas nécessairement abordés de manière suffisamment explicite (43).
- Soutenir les groupes de travail qui évaluent l'information produite par les firmes et agissent pour alerter patients, soignants et pouvoir publiques en cas de nécessité (exemple du Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé en Belgique (7) et du collectif d'étudiants « La troupe du Rire », auteur d'un « manuel d'autodéfense » à destination des étudiants en médecine et des professionnels de la santé (45)).

### Groupes de recherche et d'analyse critique de l'information

- Encourager et soutenir la création de groupes de réflexion et d'action dans le domaine de la prévention quaternaire, composés de patients, de médecins ou de tout type d'individus impliqués dans les soins de santé. Je pense que les patients sont tenus beaucoup trop à l'écart des réflexions concernant la surmédicalisation, bien qu'en étant pourtant les principales victimes.

## L'organisation du systeme de soins de sante

### La deprofessionnalisation de la prise en charge des pathologies benignes frequentes

- Instruire les patients afin qu'ils soient capables de gérer eux-mêmes la prise en charge de pathologies bénignes et fréquentes pourrait contribuer à relativiser leur crainte d'une évolution péjorative et tempérer leurs croyances envers l'efficacité et/ou l'innocuité des traitements associés (les anti-inflammatoires par exemple). Cela

permettrait par ailleurs aux médecins généralistes d'être davantage disponibles pour la prise en charge de pathologies plus préoccupantes ou nécessitant davantage de supervision.

### MISER SUR UNE PREMIERE LIGNE EFFICACE, FER DE LANCE DE LA PREVENTION QUATERNAIRE

- De par son travail d'information, d'éducation, de prévention, de diagnostic et de thérapie, le tout dans une perspective de suivi au long cours, le médecin généraliste jouit d'une position particulièrement favorable à l'exercice de la prévention, y compris celui de la prévention quaternaire (45)(annexe 4).
  Ainsi est-il important que les médecins généralistes soient sensibilisés au concept de prévention quaternaire, dont ils pourraient en quelque sorte devenir les « spécialistes ».

### ENCOURAGER LES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET LA REPARTITION DES TACHES ET DES COMPETENCES EN PREMIERE LIGNE DE SOIN

- La possibilité de s'appuyer sur des collègues non médecins en 1ère ligne de soins pourrait contribuer à limiter la surmédicalisation. Ainsi un kiné peut-il rééduquer la cheville d'un patient après entorse et amoindrir le risque de récidive (qui s'accompagnerait possiblement d'un usage d'antidouleurs ou du recours à une radio), ainsi une infirmière peut-elle assurer un suivi de plaie, prélever des échantillons de sang et réaliser des vaccinations, soulageant ainsi la charge de travail du médecin généraliste, ainsi un psychologue représentera-t-il une ressource supplémentaire pour le patient en deuil et pourrait l'aider à se passer d'une médication, ainsi un secrétaire pourrait-il convaincre le patient qu'il n'est pas nécessaire de consulter son médecin pour un renouvellement d'ordonnance.

## CONSIDERATIONS ETHIQUES

### L'ACCEPTATION DU DOUTE

- Puisque le doute est inhérent à la pratique médicale, les médecins devraient être préparés à sa gestion. Il serait bon de tempérer les croyances de toute-puissance de certains médecins dès leur passage aux études, afin de leur épargner de futures déceptions.
- Des aides existent pour contrôler ce doute : examens complémentaires, possibilité de revoir les patients, décision partagée, etc. Les médecins doivent y recourir de manière intelligente.
- Des espaces de réflexion sur notre propre pratique médicale existent, comme les groupes Balint. Ils peuvent nous aider à devenir des praticiens plus « mûres » et plus aptes à gérer nos incertitudes.
- Les médecins ont une obligation de moyens, pas de résultats. Les médecins et leurs patients doivent en être conscients.

### LA NON MEDICALISATION DE CE QUI EST DE L'ORDRE DE L'EXPERIENCE HUMAINE

- Abordons autant que possible avec nos patients des thèmes comme la fin de vie, la sensation de dépression, le deuil, le vieillissement, la sexualité ou la toxicomanie sans jugement et sans attitude inutilement (voire dangereusement) interventionniste.
- Encourageons les patients à vivre leur spiritualité, et ne nions pas notre dimension spirituelle en tant que soignant.

## LA CONCEPTION DES MALADIES

### DES GROUPES DE DECIDEURS REPRESENTATIFS ET SANS CONFLITS D'INTERETS

- Il n'existe actuellement pas de consensus quant à la composition des groupes de travail qui se penchent sur la définition des maladies (du moins aux Etats-Unis) (30). Il serait bon de s'assurer que ces groupes soient suffisamment hétérogènes et représentatifs

des différents types d'intervenants impliqués dans les soins de santé, ainsi que d'écarter les individus sujets au conflit d'intérêt.

### PRUDENCE VIS-A-VIS DES FACTEURS DE RISQUE PATHOLOGIQUES ET DES ETATS DITS DE « PRE-MALADIE »

- Prudence avec les diagnostics de « pré-maladies » dont l'enjeu est le recours à une médication à vie. Hypercholestérolémie, ostéopénie, hypothyroïdie fruste, troubles cognitifs précliniques, pré-hypertension…Evoquons ces situations en mentionnant l'anomalie plutôt qu'en y accolant une étiquette diagnostique. Ainsi parlons de « baisse de densité osseuse », de « cholestérol supérieur aux normes », « d'élévation de la TSH », etc.

- Questionnons-nous sur le bien-fondé de « bilans de santé » annuels ou plus ou moins rapprochés, qu'ils soient biologiques ou radiologiques. Il importe de s'interroger sur ce que l'on cherche à infirmer/confirmer par ces bilans, quelle interprétation leur accorder et sur quelle prise en charge potentielle ils vont déboucher.

- Rester critique quant à la considération des seuils pathologiques (hypertension, diabète…). Ceux-ci sont fixés de manière arbitraire et constituent des repères, pas des vérités absolues. Toute règle générale doit être contextualisée à l'unicité du patient. On se méfiera également du risque de faux positif sur des valeurs mesurées à une seule reprise (glycémie, pression artérielle…). Répéter des mesures en les réalisant éventuellement dans de meilleures conditions permet de diminuer le risque de faux résultat.

## ENCOURAGER LES MEDECINS A CULTIVER CERTAINES COMPETENCES

### CONNAISSANCE ET USAGE RAISONNE DES TESTS MEDICAUX

- La tendance actuelle lorsqu'on évalue la puissance d'un test médical est d'évoquer ses performances en termes de sensibilité et spécificité. Une bonne sensibilité est nécessaire afin d'obtenir une forte valeur prédictive négative (VPN) et un test de

dépistage efficace tandis qu'une spécificité élevée permet d'obtenir une bonne valeur prédictive positive (VPP) et renforce l'efficacité d'un test à visée diagnostique (9). La VPN élevée de certains tests rassure les médecins en cas de négativité, comme le permet un dosage des D-Dimères sous le seuil de positivité en cas de volonté d'exclure l'hypothèse d'un phénomène thrombotique. Il faut toutefois bien comprendre qu'un test utilisé pour exclure une pathologie ne doit pas servir au diagnostic. A contrario un test hautement spécifique d'une pathologie mais peu sensible ne devrait pas être utilisé en première intention en cas de faible suspicion clinique. On sera donc prudent lors de l'interprétation de tests sensibles mais peu spécifiques. Les médecins devraient avoir une idée assez précise des indices de performance des tests qu'ils utilisent, savoir clairement ce qu'ils cherchent à infirmer ou confirmer par leur usage et quoi faire en fonction du résultat. Ceci permettrait d'éviter de réaliser des tests inutilement et de mal interpréter les résultats.

- Utilisons les tests, échelles et outils cliniques validés comme aide à la prise de décision lors de l'instauration ou l'arrêter des médications, ou lors de la réalisation d'examens complémentaires. CHA2DS2-VASC versus HAS-BLED dans la fibrillation auriculaire, score de Wells pour la suspicion de thrombose veineuse profonde, tableau SCORE pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire pour exemples.

- Garder en mémoire que certaines pathologies présentent une mauvaise corrélation entre imagerie et clinique. La lombalgie chronique en constitue l'exemple emblématique et a été richement documenté. Garder à l'esprit que l'on ne soigne pas des images ou des biologies mais des patients.

### CONNAISSANCE ET USAGE PRUDENT DES MEDICATIONS

- L'efficacité des traitements médicamenteux peut-être évaluée selon des critères forts comme la mortalité et la morbidité, ou selon des critères dits « intermédiaires » (46). Les critères intermédiaires sont en général des variables mesurées et associées à des entités pathologiques, comme peut l'être l'hémoglobine glyquée dans le cas du diabète. Mais qui dit amélioration de critère intermédiaire ne dit pas nécessairement

retombée positive sur un critère majeur comme la mortalité.
Les médicaments hypoglycémiants illustrent bien cette réalité (47).
Un autre élément intéressant à prendre en compte lorsqu'on évalue l'efficacité d'un médicament est son « Number Neaded to Treat » (NNT)(17)(48). Il représente le nombre de patients qu'il faut statistiquement traiter pour que se produise l'effet attendu (par exemple, empêcher un patient en fibrillation auriculaire de présenter des signes cliniques d'accident vasculaire cérébral via l'usage d'un anti-vitamine K).
Apprenons à nous renseigner sur les preuves d'efficacité des médicaments que nous utilisons.

- Les posologies des médicaments sont définies par la *maladie* que l'on tente de soigner, en tenant parfois compte de l'âge, du poids et de la présence de pathologies concomitantes qui nécessiteraient une adaptation de la dose théorique. Ces posologies ne sont donc pas nécessairement adaptées aux caractéristiques propres du patient. En effet on peut s'attendre à ce que chaque patient présente des variations propres à ce qui constitue « la norme » en termes de pharmacocinétique (absorption, distribution, métabolisation et élimination d'une substance) et de pharmacodynamique (interaction entre une substance active et sa cible).
  De ceci découlent plusieurs conseils :

  a) Débutons toute médication par un dosage faible si possible. -
     Restons prudents dans l'augmentation du dosage et veillons à respecter des intervalles suffisamment longs entre les majorations de dose.

  b) Si nous désirons effectuer plusieurs changements dans le traitement d'un patient, ne modifions qu'une molécule à la fois pour pouvoir établir un lien de cause à effet entre molécule et répercussions.

  c) Certaines catégories de patients exigent des précautions supplémentaires de notre part : patients âgés, multi-morbidité, enfants, femmes enceintes, greffés, polymédiqués, etc.…de par leur fragilité et leurs particularités.

d) Accordons écoute et crédit à un patient se plaignant d'un médicament, même s'il nous paraît peu probable que la molécule accusée soit la cause des maux exprimés.

- Les firmes pharmaceutiques se livrent une guerre permanente à la nouveauté. On restera critique vis-à-vis des molécules récemment mises sur le marché et des effets de mode. On privilégiera donc quand c'est possible des molécules plus anciennes mais ayant fait leurs preuves et dont le profil risque/bénéfice est mieux connu.

- Certaines molécules sont devenues d'usage tellement banal qu'il me semble qu'on en oublie parfois le profil iatrogène. Je pense notamment aux anti-inflammatoires, bien connus pour leurs effets toxiques gastriques, rénaux, vasculaires et cardiaques, mais néanmoins prescrits « à toutes les sauces ». D'autres effets secondaires sont peut-être moins présents dans les esprits, bien que pourtant fréquents : hyperkaliémie, photosensibilisation et réactions cutanées en tous genres ainsi qu'élévation de la pression artérielle (49). Ayons les profils de risque des molécules courantes bien en tête et ne prescrivons celles-ci que par réelle nécessité. Essayons également de toujours prescrire la molécule au profil bénéfice/risque le plus avantageux quand nous en avons le choix.

- Tentons de promouvoir une meilleure information des médecins quant au rapport risques/bénéfices des médicaments. Nous l'avons vu, la tendance actuelle des médecins est de surestimer les bénéfices de leurs interventions et d'en sous-estimer les potentielles conséquences péjoratives (41).

## LA SANTE SANS MEDICAMENT

### CONSIDERATIONS DE SANTE PUBLIQUE

- Restons critiques quant aux résultats attendus des investissements dans les technologies médicales de pointe et ne perdons pas de vue que des mesures de base comme l'accessibilité aux soins, l'hygiène et la qualité d'un logement pour tous,

l'éducation, l'accès à une alimentation variée et saine et la limitation des vecteurs de diffusion des maladies restent une priorité (10).

## LES PRATIQUES PREVENTIVES

- Les mesures classiquement reconnues comme déterminantes pour la santé telles que l'alimentation, l'exercice physique, la gestion du stress et des émotions, le sommeil, l'éviction des toxiques, des rapports sociaux satisfaisants, une activité professionnelle apportant sens et sentiment d'utilité, un logement de qualité, l'expression personnelle et l'autonomie influencent certainement la santé de façon significative. Encourager leur adoption par les patients constitue sans doute un acte fort de prévention. Les médecins généralistes pourraient je pense être davantage formés à conseiller les patients dans ces domaines.

## LES MESURES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES

- Ne sous-estimons pas le bénéfice potentiel de thérapies non médicamenteuses. Citons l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge de certaines pathologies comme l'insomnie et la douleur chronique. Bien qu'elles soient « opérateur-dépendantes », représentent un certain coût et exigent un investissement personnel de la part du patient ; ces thérapies ont l'avantage de présenter un rapport bénéfice/risque favorable et de renforcer l'autonomie du patient, tout en permettant un changement durable. A la différence des molécules chimiques classiquement administrées qui représentent bien souvent une solution de facilité, tant pour le soignant que pour le soigné.

## OUTILS POUR LE GENERALISTE

Peuvent être utiles à l'exercice de la prévention quaternaire :

http://www.thennt.com : Recherche du NNT associé à l'usage d'un médicament pour une indication précise.

http://www.gras-asbl.be : Mise à disposition d'articles et émission d'une newsletter concernant la Publivigilance.

http://www.dynamed.com/home/ : Moteur de recherche EBM rapide en anglais.

http://www.minerva-ebm.be/?language=FR : Moteur de recherche EBM dédié à la première ligne, émettant également une newsletter.

http://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx : Revue médicale financée par ses abonnés, sans subvention, ni publicité, ni actionnaire, ni sponsor.

http://www.cbip.be/fr/folias : Bulletin d'information indépendant sur le médicament, produit EBM périodique d'accès libre. Inscription possible à la newsletter « Folia Express ».

http://formindep.fr/un-livret-pour-sensibiliser-sur-linfluence-de-lindustrie-pharmaceutique/ : Livret rédigé par des étudiants de médecine cherchant à sensibiliser étudiants et médecins à l'influence pharmaceutique et expliquant comment préserver son indépendance.

http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000487/0000878.pdf : Fichier PDF régulièrement mis à jour par le Pr Biron, ancien professeur de pharmacologie à l'université de Montréal, dans lequel il collecte des informations concernant la prévention quaternaire et des recommandations de pratique s'inscrivant dans la pensée de la prévention quaternaire.

https://choisiravecsoin.org : Version canadienne de la campagne « Choosing Wisely » qui vise à réduire le nombre d'examens et traitements inutiles en santé. Le site rassemble des recommandations de prévention quaternaire appliquées aux différentes spécialités médicales.

# DISCUSSION

A la question de départ qui était de comprendre en quoi consistent les concepts de surmédicalisation et de prévention quaternaire, dans quel contexte ils sont apparus, pourquoi et comment ils se sont développés et comment réagir face au phénomène de surmédicalisation ; je pense avoir apporté une réponse satisfaisante au vu du cadre limité de ce travail de fin d'études.

Nous avons ainsi compris que la surmédicalisation était une conséquence involontaire et inattendue de la volonté de soigner des médecins (12). Elle est le symptôme d'un système qui n'a pas encore appris à s'autocontrôler (35).

Cette surmédicalisation pénalise tant les bien-portants que les malades (36).
Ses mécanismes s'inscrivent dans les champs de l'économie, de la science, de l'éthique, des sciences humaines et de la politique (17). Il s'agit donc d'un phénomène complexe dont il est ardu d'avoir une vue d'ensemble.

La surmédicalisation se développe dans le cadre d'une société en crise identitaire, sujette à de profonds remaniements (10,30,35) . Une société qui fait l'apologie de la productivité et de la science mais qui semble souffrir d'une certaine sécheresse spirituelle (10). La conception de la santé est elle aussi sujette au changement et s'apparente désormais à une quête de performance, un refus de subir les affres de l'existence humaine (11). On passe d'une notion de maladie vécue comme une expérience douloureuse (illness) à une notion de maladie définie comme « anomalie scientifique » (disease) (35). Les dépenses en soins de santé ne cessent d'augmenter chaque année (26) et toute augmentation de l'offre médicale semble conduire à une demande toujours plus grande (10,36). L'avidité des firmes pharmaceutiques et leur « disease mongering » soutiennent ce phénomène (10,24,36).

Cependant partout dans le monde la riposte s'est organisée, prenant tantôt l'appellation de « prévention quaternaire »(2), tantôt celle de « choosing wisely » (43). L'épidémiologie clinique et son produit, l'EBM, ont pu apporter un peu d'objectivité dans l'univers médical et nous guident dans nos décisions (16).

Les réponses possibles au phénomène de la surmédicalisation concernent les mêmes champs que ceux dans lesquels s'inscrit sa genèse. Les réactions doivent être individuelles mais aussi collectives. Elles concernent aussi bien les médecins que les patients, les scientifiques que les décideurs politiques (17,35).

La prévention quaternaire qui, pour l'instant, constitue un mouvement éthique doit être enseignée aux jeunes générations de soignants et devenir pour eux un réflexe spontané d'autolimitation (2,35).

Pour enrichir la réflexion, des travaux pourraient être réalisés dans le but de répondre aux questions de comment se prémunir de l'influence des firmes pharmaceutiques, comment enseigner la prévention quaternaire aux jeunes générations ou encore comment former et sensibiliser concrètement les médecins à la lecture critique de contenu scientifique.

## FORCES ET FAIBLESSES DE CE TRAVAIL

Je ne le cacherai pas, le temps m'aura manqué pour traiter ce sujet comme il l'aurait mérité et comme je l'aurais voulu. Mon indécision quant au choix de mon sujet de TFE m'aura pénalisé.

Je pense cependant avoir survolé de manière assez complète le sujet et avoir fait preuve d'une certaine qualité de réflexion. Mais il aurait été appréciable que je prenne davantage de recul afin d'être plus concis et plus incisif dans mes propos. Peut-être la lecture du texte serait-elle aussi facilitée si j'allégeais mon style d'écriture.

Certaines idées sont abordées de manière superficielle, sont peu étayées et prennent alors l'allure de suggestions personnelles.  La tâche est rendue complexe parce que le sujet est extrêmement vaste et difficile à cerner. Peut-être aurais-je du cibler davantage ma question de départ afin d'effectuer par la suite un travail plus qualitatif. Les lacunes bibliographiques concernent essentiellement le chapitre dédié aux pistes de solutions du phénomène de surmédicalisation.

La bibliographie me semble cependant relativement fournie et rassemble des articles de

qualité, réelles références dans les domaines de la surmédicalisation et de la prévention quaternaire.

J'aurais également aimé rencontrer davantage d'experts en la matière pour faire évoluer ma réflexion. Des noms comme celui de Michel Roland m'avaient été suggérés. Je suis par contre très satisfait des contacts que j'ai pu avoir avec mes trois informateurs clés, Marc Jamoulle étant par ailleurs auteur ou co-auteur de plusieurs articles apparaissant dans la bibliographie.

Pour ce qui est de la méthodologie, j'ai bien conscience que la sélection d'articles sur base essentiellement de suggestions issues de personnes ressources et via méthode « boule de neige » soit un peu légère d'un point de vue scientifique. Cependant je n'ai pas ressenti de besoin important de réaliser des recherches supplémentaires, si ce n'est pour étayer les paragraphes du dernier chapitre, car certains articles abordent le sujet de manière très globale et j'obtenais finalement peu de nouvelles informations pertinentes par la lecture d'articles supplémentaires.

Et pour terminer, une petite mise en garde. Je pense qu'il est dangereux de considérer comme comparables les systèmes de santé belge et américain. Or de nombreux articles et ouvrages traitent initialement du système américain. J'ai prêté attention à ne pas généraliser son analyse au système belge, mais j'ai peut-être cédé à la tentation par inadvertance de temps à autre. Il faudra donc rester attentif à différencier les propos qui concernent le système belge de ceux qui s'appliquent au système américain.

# BIBLIOGRAPHIE


1. Moynihan R., Smith R. Too much medicine?: Almost certainly. BMJ. 13 avr 2002;324(7342):859‑60.

2. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 4 févr 2015;4(2):61‑4.

3. Haute Autorité de Santé - Manuel pratique : Connaître et comprendre la promotion et sa régulation [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1519581/fr/manuel-pratique-connaitre-et-comprendre-la-promotion-et-sa-regulation

4. Henrard G. Too much medicine ? Réflexions sur les notions de « surprescription » et de « surdiagnostic ». 2017 déc 19; CHR Citadelle, Liège.

5. Jamoulle M. Information et informatisation en médecine générale. Les informa-G-iciens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs. Namur; 1986 nov p. 193‑209. (Actes des III° Journées de Réflexion sur l'Informatique (3° JRI)).

6. Publications de Marc Jamoulle - Orbi [Internet]. 2018 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/browse?type=author&value=Jamoulle%2C+Marc+p182663)

7. GRAS. Groupe de Recherche et d'Action en Santé [Internet]. [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: http://www.gras-asbl.be/spip.php?rubrique1

8. Carter SM et al. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. BMJ. 4 mars 2015;350:h869.

9. Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: Predictive values. BMJ. 9 juill 1994;309(6947):102.

10. Illich I. Medical Nemesis. Australian Broadcasting Commission, Science Programmes Unit. 1975. 59 p.

11. Illich I. Un facteur pathogène prédominant - L'obsession de la santé parfaite. Le monde diplomatique. mars 1999;28.

12. Foucault M. Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? [1976], in : Dits et écrits, vol. II, 1976-1988, Gallimard, 2001, p. 813-828.

13. Carpentier J. Medical flipper: le médecin généraliste, identité et mode d'emploi. Paris: La découverte; 1985. 57 p.

14. Lebrun JP. De la maladie médicale. De Boeck; 1993. 266 p. (Oxalis).

15. Définition de l'épidémiologie clinique, UCL [Internet]. [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/epidemiologie-clinique.html

16. Smith R. David Sackett. BMJ. 2015;(350):2639.

17. Welch HG, Lisa M. Schwartz, Steve Woloshin. Overdiagnosed : Making people sick in the pursuit of health. Boston, Massachusetts, USA: Beacon Press.; 2011. 248 p.

18. Preventing Overdiagnosis scientific conferences and associated activities [Internet]. [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: https://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=6

19. SSMG. Cellule prévention quaternaire [Internet]. [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/prevention-quaternaire/

20. WONCA. Cellule prévention quaternaire [Internet]. [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: http://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx)

21. Newman DH, Schriger DL. Rethinking testing for pulmonary embolism: less is more. Ann Emerg Med. juin 2011;57(6):622-627.e3.

22. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst. 5 mai 2010;102(9):605‑13.

23. Morrell S et al. Estimates of overdiagnosis of invasive breast cancer associated with screening mammography. Cancer Causes Control CCC. févr 2010;21(2):275‑82.

24. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. JAMA. 10 mai 2006;295(18):2164‑7.

25. Eric Burgraff. Budget des soins de santé: une économie de 218 millions. Le Soir. 2 oct 2017 [cité 27 juill 2018]; Disponible sur: http://www.lesoir.be/117221/article/2017-10-02/budget-des-soins-de-sante-une-economie-de-218-millions

26. INAMI. Le budget de l'assurance soins de santé et indemnités [Internet]. 2017 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/budget-comptes/Pages/default.aspx

27. Sen A. Health: perception versus observation. BMJ. 13 avr 2002;324(7342):860‑1.

28. C. Murphy. Dealing with de worried well. BBC News. 19 juill 2007 [cité 29 juill 2018]; Disponible sur: http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7001436.stm

29. Collins English Dictionnary. Definition of « the worried well » [Internet]. [cité 29 juill 2018]. Disponible sur: https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/the-worried-well

30. Glasziou P et al. Too much medicine; too little care. BMJ. 3 juill 2013;347(jul02 2):f4247‑f4247.

31. Pr F. Kridelka. Cours de Gynécologie Clinique - Université de Liège. 2013.

32. Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. BMJ. 3 juill 2013;347(jul02 2):f3368‑f3368.

33. Ritchie G et al. Prospective evaluation of unsuspected pulmonary embolism on contrast enhanced multidetector CT (MDCT) scanning. Thorax. juin 2007;62(6):536‑40.

34. Lapner ST, Kearon C. Diagnosis and management of pulmonary embolism. BMJ. 20 févr 2013;346:f757.

35. Jamoulle M et al. Implications éthiques, pédagogiques, socio-politiques et anthropologiques de la prévention quaternaire. Rev Med Brux. 2018;11.

36. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 13 avr 2002;324(7342):886‑91.

37. C. Lane. Shyness - How normal behavior became a sickness. Yale University Press; 2009. 272 p.

38. Gornall J. DSM-5: a fatal diagnosis? BMJ. 22 mai 2013;346:f3256.

39. Mintzes B et al. Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States. J Gen Intern Med. oct 2013;28(10):1368‑75.

40. Widmer D, Herzig L, Jamoulle M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? Rev Med Suisse. 2014;10(430):1052‑6.

41. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. JAMA Intern Med. 1 mars 2017;177(3):407‑19.

42. P.Biron. La prévention quaternaire, état des lieux au printemps 2018 [Internet]. 2018 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000487/0000878.pdf

43. Choosing Wisely. Lists of recommendations [Internet]. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: http://www.choosingwisely.org

44. M. Delbrouck. La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie. De Boeck Supérieur; 2016. 512 p. (Carrefour des psychothérapies).

45. Le collectif de la Troupe du RIRE. Le livret de la Troupe du RIRE: Sensibilisation sur l'influence de l'industrie pharmaceutique [Internet]. 2014 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: http://formindep.fr/un-livret-pour-sensibiliser-sur-linfluence-de-lindustrie-pharmaceutique/

46. Prescrire - Libre Accès > Les Positions Prescrire - Principes de base : Évaluer les bénéfices d'un traitement : d'abord les critères cliniques utiles aux patients [Internet]. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: http://www.prescrire.org/Fr/2/95/46959/0/PositionDetails.aspx

47. Farmaka. Diabète de Type 2 - Présentation [Internet]. 2015 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/diabete-de-type-ii-presentation.pdf)

48. Thennt. The NNT explained [Internet]. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: http://www.thennt.com/thennt-explained/

49. CBIP. Anti-inflammatoires non stéroïdiens - Effets indésirables [Internet]. 2018 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: http://www.cbip.be/fr/chapters/10?frag=6767

# ANNEXES

## Annexe 1 : Définitions

| Concept | Meaning | Drivers | Reasons for harm, or lack of net benefit | Examples (all assume no net benefit) | Inter-relation with other concepts |
|---|---|---|---|---|---|
| Overdiagnosis (in the narrow sense) | An (asymptomatic) person is diagnosed with a condition; that diagnosis does not produce a net benefit for that person | Disease mongering (see definition below).<br>Expanding disease definitions by lowering thresholds for what is considered abnormal.<br>Early detection programmes (screening).<br>Defensive medicine.<br>Guidelines or incentives that encourage testing | Non-medical care is more effective or beneficial.<br>Disease is indolent, inconsequential, or will regress.<br>Treatment produces no benefit or more harm than benefit (eg, side effects).<br>Labelling causes psychological or social harms.<br>Intergenerational effects of parental diagnosis lead to "at risk" offspring | Non-progressive breast cancer detected through population mammographic screening.<br>High blood pressure diagnosed in asymptomatic people because of lowered thresholds for diagnosis | Overdetection often leads to overdiagnosis, which in turn leads to overtreatment and overutilisation.<br>Overdiagnosis can be difficult to distinguish from misdiagnosis and false positive results.<br>Expanded definitions, disease mongering and overmedicalisation likely to increase overdiagnosis |
| Overdetection | A health related finding is detected in an (asymptomatic) person, probably by testing technology. That finding does not produce a net benefit for that person | Disease mongering.<br>Expanding disease definitions.<br>Encouraging well people to be tested.<br>Development of increasingly sensitive testing technologies (eg 3D digital mammography).<br>Cultural norms about prevention (eg "an ounce of prevention is worth a pound of cure").<br>Overuse of expensive testing technologies to justify their expense.<br>Defensive medicine.<br>Guidelines or incentives that encourage testing.<br>Direct to consumer testing (eg internet-enabled genetic testing) | Finding indicates something that is indolent, inconsequential, or would have regressed.<br>Labelling causes psychological or social harms.<br>Intergenerational effects of parental diagnosis leading to "at risk" offspring | Incidentalomas.[18]<br>PSA testing in asymptomatic men.<br>Detection of sub-segmental pulmonary embolism | Overdetection may lead to overdiagnosis, overtreatment, and overutilisation.<br>Expanded definitions, disease mongering, and overmedicalisation likely to increase overdetection.<br>Overdetection can be difficult to distinguish from false positive result |
| False positive | Classically: a test indicates that a condition is present, when in fact it is not. In practice: there is often a "grey zone" between normal and abnormal tissue or function, and in this zone it is not always possible to distinguish false positive | The rate of false positives is a characteristic of the test technology and dependent on our biological and technical knowledge. The boundary between a true positive, a false positive, and an overdiagnosis (in the narrow sense) is always set | Person wrongly informed that they do, or may, have the condition or risk factor. This can cause psychological or social harm and result in further unnecessary testing, especially if invasive | Recall after cancer screening, with negative result on retest | False positives can be difficult to distinguish from overdetection and overdiagnosis. If it becomes a working diagnosis a false positive result can cause overtreatment and overutilisation (unnecessary follow-up tests) |

| Concept | Meaning | Drivers | Reasons for harm, or lack of net benefit | Examples (all assume no net benefit) | Inter-relation with other concepts |
|---|---|---|---|---|---|
| | results from overdiagnosis in the narrow sense | by relevant experts (eg, pathologists) | | | |
| Misdiagnosis | Incorrect diagnosis of a symptomatic person with a condition they do not have | Fear of missing a serious diagnosis.<br>Lack of diagnostic specificity.<br>Limited diagnostic resources | Wrong treatment.<br>Concurrent neglect or undertreatment of underlying disease | Patients with fever from other causes have malaria diagnosed.<br>Patients with infective cough diagnosed with asthma | May lead to overtreatment or overutilisation.<br>Disease mongering may increase misdiagnosis |
| Overtreatment | Provision of treatment with no net benefit by individual clinicians to their patients | Defensive practice.<br>Guideline driven care<br>Tendency to treat rather than to watch and wait | Treatment produces no net benefit or more harm than benefit (eg, side effects[20]) | Broad spectrum antibiotic use in viral infection.<br>Antidepressants when non-drug therapies would be equally or more effective.<br>Proposals for mass medication—for example, to treat all adults with a polypill or statins | Overdiagnosis, overdetection, misdiagnosis, expanded definitions, disease mongering, and overmedicalisation tend to lead to overtreatment.<br>Overtreatment is a form of overutilisation |
| Overutilisation | Establishment of standard practice in health services or systems that do not provide net benefit to patients or citizens | Expanded definitions.<br>Disease mongering.<br>Guideline driven care.<br>Expensive diagnostic equipment requiring high usage to justify expense | In individuals, harms of overdetection, overdiagnosis, overtreatment, misdiagnosis.<br>In systems, opportunity costs and economic costs[20] | Routine MRI for lower back pain.<br>Call-recall systems to encourage all patients to attend for an annual pelvic examination and cervical smear | All of the other concepts in this table are likely to produce overutilisation of certain services |
| Expanded definitions or disease mongering | Expansion of official disease or risk categories, or creating new conditions, or promoting more frequent diagnosis of recognised conditions, without net benefit to patients or citizens.[21] Creating "diseases" out of behaviour or feelings that are within normal human experience, and promoting those diseases to the public to encourage use of health services, especially tests and medicines | Overmedicalisation<br>Expert committees tend to expand disease categories.<br>Profit motivated industries benefit economically as more people are diagnosed and treated | More people labelled as diseased, pre-diseased, or at risk—labelling psychologically or socially harmful.<br>Treatment of newly diagnosed people produces no benefit or more harm than benefit (eg, side effects) | Expanding pre-diabetic so previously normal people are labelled prediabetic.<br>Labelling low libido in women as female sexual dysfunction | May encourage overmedicalisation.<br>Likely to increase overdiagnosis, overdetection, overtreatment, and overutilisation |
| Overmedicalisation | Altering the meaning or understanding of experiences, so that human problems are re-interpreted as medical problems requiring medical treatment, without net benefit to patients or citizens | All other concepts in table will drive overmedicalisation; the converse also seems likely | Provides an environment conducive to expanded definitions, disease mongering, overdetection, overdiagnosis, overtreatment, and overuse | Fear of death treated as something that can be fixed with biotechnology rather than something requiring existential wisdom.[20]<br>Disruptive children treated with drugs | Overlaps with all other concepts in table.<br>Extremely broad: occurs well beyond overdiagnosis in the narrow sense |

Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. BMJ. 4 mars 2015;350:h869.

## Annexe 2: Les preventions: definitions et chronologie

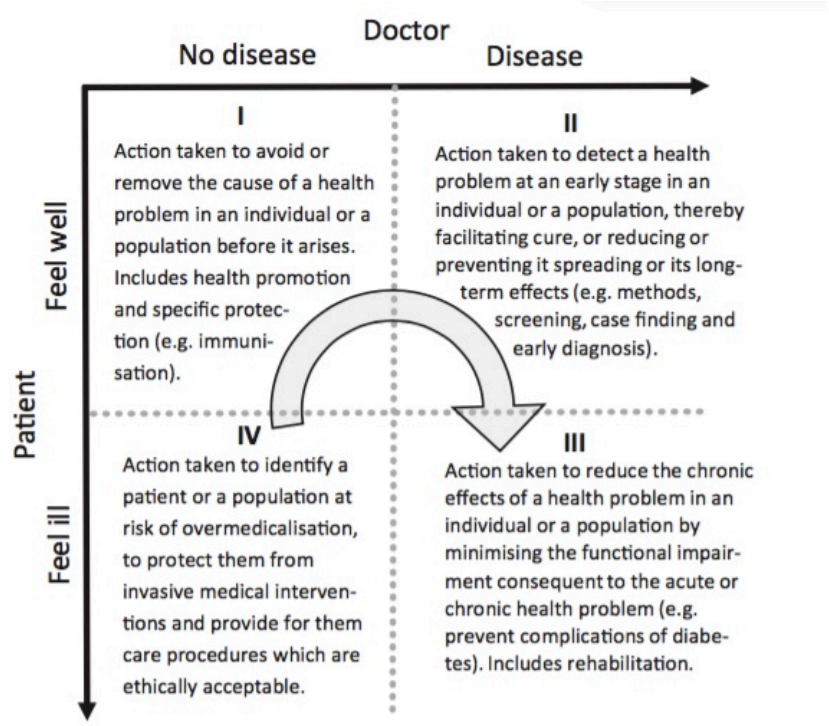
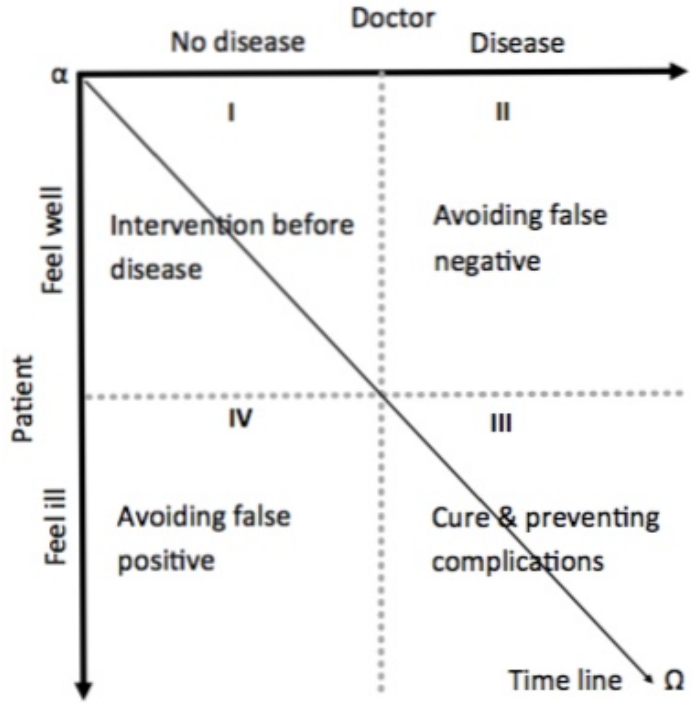



**Figure 2.** The patient-doctor relationship is at the origin of the four types of activities. The arrow shows that the P4 attitude is impacting all the activity (10,12).



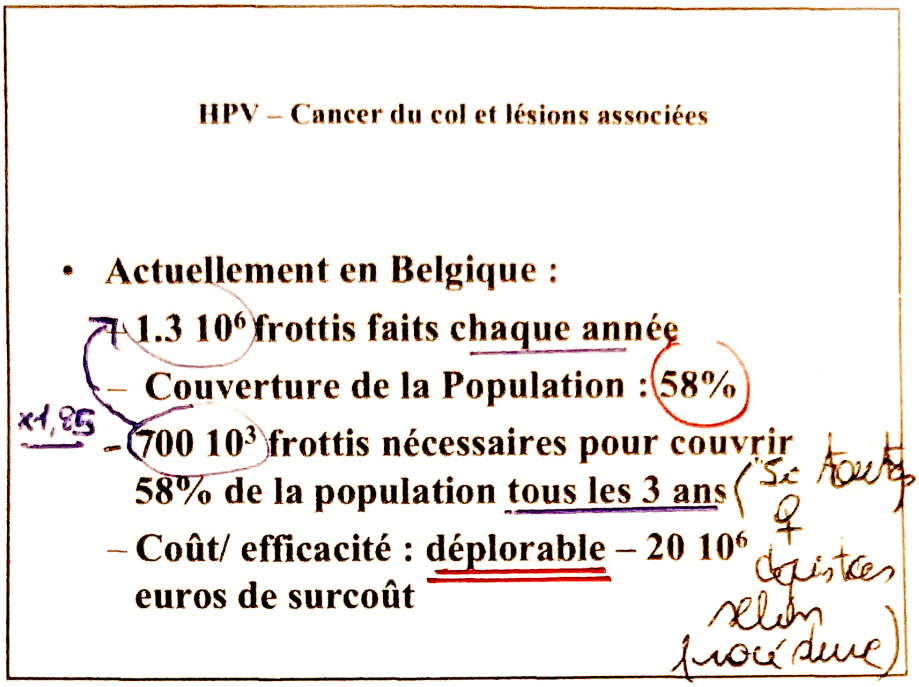

Jamoulle M, Roland M, Gusso G, Godycki- M, Valle RL, Gomes F, et al. Implications éthiques, pédagogiques, socio-politiques et anthropologiques de la prévention quaternaire. Rev Med Brux. 2018;11.

Le premier carré reprend les définitions des quatre types de prévention.
*Prévention primaire* = éviter que le patient ne tombe malade.
*Prévention secondaire* = détecter tôt les maladies chez des patients asymptomatiques (principe du dépistage).
*Prévention tertiaire* = minimiser les dégâts dus à une pathologie chronique, comme on le ferait en prescrivant une aspirine après AVC.
Nous avons déjà longuement abordé la *prévention quaternaire*.
En préventions tertiaire et quaternaire, le patient se considère « malade », ce qui n'est pas le cas en préventions primaire et secondaire.

Le deuxième carré illustre peut-être les choses de manière plus concrète. Une ligne du temps fait le lien entre niveau de prévention et chronologie.

La première colonne concerne les patients qui ne sont pas (du moins pas encore) réellement malades. Soit ils ne se plaignent de rien et aucun diagnostic n'est posé, ce qui correspond à une situation de **vrai négatif**. La *prévention primaire* vise à ce qu'il ne développe pas de maladie.
Soit les sujets se perçoivent et/ou sont considérés comme malades alors qu'aucune pathologie ne les menace réellement, ce qui correspond à des **faux positifs**. Le but de la *prévention quaternaire* est de les rediriger vers une situation de vraie négativité ou au moins qu'ils ne souffrent pas de traitements au potentiel plus nocif que bénéfique.
Au stade de maladie, la *prévention secondaire* vise à révéler ces malades qui s'ignorent et à les faire passer du stade de **faux négatif** à celui de **vrai positif.** La *prévention tertiaire* prend soin des patients effectivement malades et reconnus comme tels.
Retenons donc que les quatre types de préventions ne sont pas une suite d'étapes chronologiques fixes, mais correspondent à différentes situations parmi lesquelles les patients circulent, et que la prévention quaternaire est une réflexion de la part des médecins qui doit s'appliquer à tout moment de la prise en charge.

Annexe 3: Etat des lieux de la procedure de dépistage du cancer du col utérin en Belgique




En Belgique, le frottis cervico-vaginal est pratiqué sur base dite opportuniste, c'est-à-dire que les patientes se rendent spontanément chez leur gynécologue pour réalisation de ce frottis. Ceci aboutit à un système malheureusement à 2 vitesses. D'un côté, des patientes socialement favorisées et conscientes de l'intérêt d'un dépistage se font sur-dépister et d'autre part, des patientes socialement défavorisées, moins conscientes de l'intérêt du dépistage, sont sous-dépistées. Ce système est particulièrement coûteux par le sur-dépistage et peu efficace par le sous-dépistage. La priorité, pour la santé fédérale, doit donc être de favoriser d'abord une couverture optimale de la population par le frottis avant tout autre approche.

---

Pr F. Kridelka. Cours de Gynécologie Clinique - Université de Liège. 2013.

Annexe 4: La prevention quaternaire dans les quatre champs d'activité de la médecine générale

| Activités | Interrogation sur le bien-fondé de l'agir |
|---|---|
| **Activité 1**<br>Prévenir la survenue d'une maladie | • Information<br>• Education pour la santé<br>• Tests génétiques – médecine prédictive<br>• Vaccinations<br>• Médicaments en prévention primaire |
| **Activité 2**<br>Dépister précocement | • Critères de diagnostic des maladies<br>• Diagnostic précoce<br>• Disease mongering<br>• Dépistage |
| **Activité 3**<br>Eviter les complications d'une maladie | • Traitement EBM – éducation thérapeutique<br>• Surveillance de l'observance et des interactions<br>• Filières – réseaux<br>• Agenda du patient – seuil bas – priorités<br>• Minimally disruptive medicine |
| **Activité 4**<br>Eviter la surmédicalisation | • Investigations inutiles<br>• Incidentalome<br>• Centrage sur la relation – le récit<br>• Respect de l'intime, de la symbolique, de la culture |

Widmer D, Herzig L, Jamoulle M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? Rev Med Suisse. 2014;10(430):1052‑6.