

GRAND
DOSSIER



HALTE AU SURDIAGNOSTIC!

Examens superflus, dépistage hasardeux, traitements inutiles... La médecine est rongée par un mal insidieux qui coûte les yeux de la tête et rend bien des gens malades : elle en fait trop ! Peut-on dompter la bête ?

par Valérie Borde



Sur 1 426 examens d'imagerie divers qu'on a fait passer en 2010 à des personnes en bonne santé dans le cadre de protocoles de recherche à la célèbre clinique Mayo, 40 % avaient permis de repérer un « incidentalome », un « petit quelque chose » ne donnant aucun symptôme. Un traitement a été jugé nécessaire dans seulement 6 % des cas.

« **S**avez-vous ce que ressent un médecin quand il prend conscience que chaque jour il nuit à plusieurs de ses patientes plutôt que de les aider? C'est un cauchemar! »

Chirurgien oncologue depuis 35 ans à Québec, le Dr Jacques Morin est inquiet des dernières études sur le dépistage précoce du cancer du sein par mammographie: elles démontrent qu'un grand nombre de femmes sont traitées pour rien. Le dépistage les conduit sur sa table d'opération, alors que, sans intervention, leur tumeur aurait spontanément régressé ou encore évolué tellement lentement qu'elle n'aurait pas eu d'effet sur leur santé.

Sur 1 000 femmes qui participent au dépistage, on va trouver 77 cancers, lit-on dans la brochure envoyée par le ministère de la Santé à toutes les Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Depuis l'an dernier, on les informe aussi que 10 de ces cancers n'auraient pas eu besoin d'être traités — des cas de surdiagnostic, dit-on dans le monde médical. « Le dépistage, c'est votre décision », explique-t-on désormais aux femmes. On croit toujours qu'il sauve des vies, mais à quel prix?

« Certaines études ont repéré jusqu'à un tiers de surdiagnostics parmi les cancers du sein trouvés par dépistage! Ça voudrait dire que chaque jour j'opère deux femmes pour rien, avec tous les dangers et les souffrances que cela représente », s'affole Jacques Morin. C'est encore pire pour les cancers dits *in situ* (qui ne font pas de métastases), dont un sur deux ne dégénère pas, selon les

responsables du programme québécois de dépistage. Pourtant, quand on trouve une tumeur cancéreuse dans un sein, on ne se pose pas de question: on l'enlève!

Le surdiagnostic est grave, insiste le médecin. Car parmi les femmes soignées pour rien, certaines souffriront de complications chirurgicales ou des effets secondaires parfois sérieux de la radiothérapie et des médicaments. Toutes vont subir le stress qu'occasionne l'annonce d'un cancer, passer des heures à l'hôpital et faire l'objet d'un suivi pendant des années. On va dépenser des sommes folles, et leur empoisonner la vie, pour les débarrasser d'un mal dont elles n'auraient jamais souffert! Dur pour le serment d'Hippocrate...

Sans compter que tout le temps mis à soigner ces personnes n'est pas consacré à celles qui devraient recevoir des soins urgents...

L'an dernier, un premier congrès international sur le surdiagnostic s'est tenu au New Hampshire. Plus de 300 médecins et chercheurs y ont discuté des études récentes levant peu à peu le voile sur l'ampleur et les conséquences de cette médecine qui en fait trop, à la fois pour repérer les maladies et pour les traiter.

Le surdiagnostic a pris des proportions épidémiques, constatent les spécialistes. Il a englouti entre 158 et 226 milliards de dollars aux États-Unis en 2011, selon une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association*. « Au Québec, cela pourrait



« Quand on se fait dire qu'on a un cancer, on pense juste à sauver sa peau, alors qu'on devrait garder la tête froide et tenir compte des risques de surtraitement. »

SYLVIE DESHAIES,
OPÉRÉE IL Y A 10 ANS,
BÉNÉVOLE À
L'ASSOCIATION
CANCER DE LA
THYROÏDE CANADA

correspondre à cinq milliards de dollars dépensés chaque année pour des examens et traitements qui n'apportent rien », estime le Dr Laurent Marcoux, président de l'Association médicale du Québec (AMQ), qui regroupe 10 000 médecins.

En avril dernier, l'AMQ a lancé une grande offensive de sensibilisation, à l'intention des médecins mais aussi de la population, sur le modèle d'une campagne menée aux États-Unis en 2012. « L'objectif de "Choisir avec soin", c'est de dissiper l'impression que plus de soins signifie forcément de meilleurs soins », explique le Dr Marcoux.

Du temps où les médecins n'avaient que leurs cinq sens et leurs connaissances pour poser un diagnostic, ils passaient à côté de bien des maladies. Ce n'est plus le cas. « La manière de pratiquer a complètement changé depuis mes débuts, il y a 40 ans », raconte le Dr Marcoux. Aujourd'hui, des milliers de tests de laboratoire, d'exams d'imagerie et de guides de pratique clinique permettent de détecter la moindre bizarrerie, qu'elle s'accompagne ou non de symptômes. Tous ces outils ont fait faire de grands progrès à la médecine. Mais ils ont aussi ouvert la porte au surdiagnostic.

Au hasard du dépistage et des examens de routine, les médecins découvrent ainsi d'innombrables bobos en puissance, qu'ils analysent, surveillent de près et ont tendance à traiter sitôt qu'ils jugent le risque sérieux. Pourtant, ➔

même certains signes de maladies graves n'entraîneront jamais d'ennuis.

Les premiers à s'en apercevoir ont été les médecins légistes, qui, lors d'autopsies de gens décédés à un âge vénérable, ont découvert que de nombreuses anomalies — notamment des tumeurs cancéreuses — ne causent pas toujours la mort, ni même de symptômes.

Dans la dernière décennie, des études de grande ampleur, menées dans différents pays, sont allées plus loin. Des chercheurs en épidémiologie ont comparé entre eux les taux de mortalité et la survenue de maladies graves chez un grand nombre de personnes ayant reçu un diagnostic et été traitées et chez d'autres dont ce n'était pas le cas.

Leur conclusion: on détecte et on soigne beaucoup trop souvent des anomalies qui, autrement, n'auraient pas causé de problèmes de santé. Ce faisant, on fait courir des risques à des gens bien portants, en les opérant ou en leur prescrivant des médicaments qui ne sont pas sans danger et qui ne les aident en rien. Le risque de mourir des effets secondaires d'une intervention ou à cause de médicaments est parfois plus élevé que celui de mourir du cancer ou de l'hypertension que l'on essaie d'éliminer!

« On part du principe que s'il y a une grosse bosse dans un sein, c'est qu'il y en a eu une petite avant. Et que si on enlève la petite, la grosse n'arrivera pas. Mais toutes les petites bosses ne sont pas destinées à grossir », explique le Dr Fernand Turcotte, spécialiste en médecine préven-

tive et professeur retraité de l'Université Laval.

« Il faut réhabiliter la noblesse de la non-intervention et de l'observation attentive », insiste Fernand Turcotte, qui constate que l'on confond souvent diagnostic précoce et véritable prévention des maladies. Dans de nombreux pays, les autorités sont ébranlées par l'ampleur du surdiagnostic engendré par le dépistage du cancer du sein. La Suisse envisage même d'abandonner son programme.

C'est avec le cancer de la prostate que l'on s'est aperçu qu'il suffisait parfois de chercher des anomalies pour en trouver et que les traiter de manière préventive pouvait être grave. L'histoire est très bien racontée dans le premier livre consacré au surdiagnostic, publié en 2011 par le médecin américain Gilbert Welch (traduit en 2012 par Fernand Turcotte sous le titre *Le surdiagnostic: Rendre les gens malades par la poursuite de la santé*).

Dans les années 1990, raconte le Dr Welch, médecin de famille et chercheur au Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice (New Hampshire), la commercialisation du test sanguin de l'antigène prostatique spécifique (APS) a entraîné une hausse rapide du nombre de diagnostics de cancers de la pros-

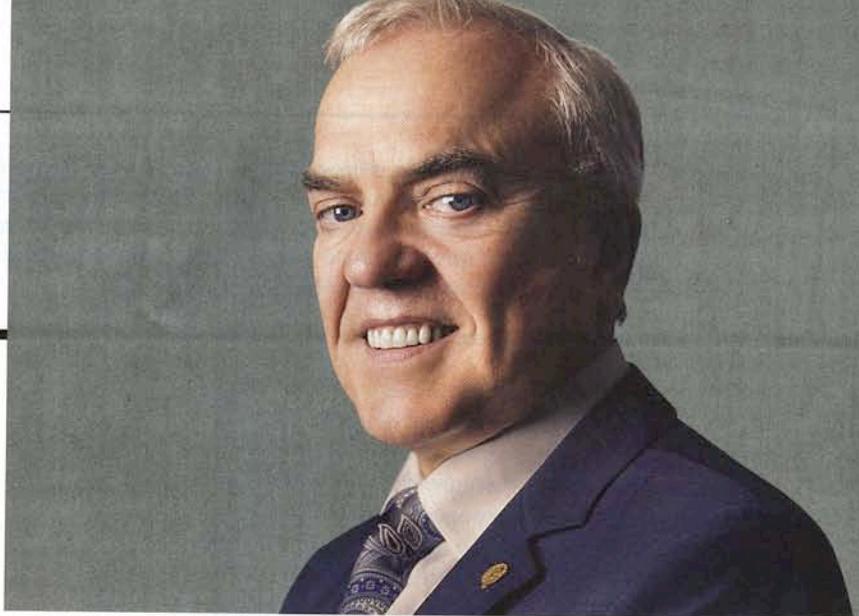
Selon le Dr Laurent Marcoux, la population est en partie responsable de l'excès de médecine. « Il arrive qu'on prescrive des examens ou des médicaments juste pour rassurer des patients. »

tate, sans pour autant que la mortalité augmente. (Au Canada, on découvrira ce cancer chez 23 600 hommes en 2014, selon la Société canadienne du cancer, et 96 % y survivront au moins cinq ans.)

De 1995 à 2002, les trois quarts des Canadiens qui ont reçu ce diagnostic sont passés sous le bistouri. Le traitement est agressif: près de la moitié des hommes opérés ont des problèmes sexuels par la suite, un tiers ont du mal à uriner, et 1 à 2 sur 1 000 meurent des suites de l'intervention. Sauf que, selon les évaluations de Gilbert Welch et d'autres chercheurs, 60 % des cancers repérés par le test APS n'auraient jamais entraîné de symptômes!

Les chercheurs cliniciens ont depuis revu leur copie. Ils ont réussi à différencier les cancers selon le danger qu'ils représentent et ont vu qu'on pouvait se contenter de surveiller une bonne partie d'entre eux. Beaucoup d'hommes meurent d'autre chose avant que leur cancer de la prostate se manifeste par de quelconques symptômes.

En avril dernier, Alice Dragomir, chercheuse en biostatistiques à l'Université McGill, a calculé que cette surveillance active pourrait être conseillée à 12 750 Canadiens par an: non seulement les hommes s'en porteraient mieux,



**EXAMENS ET
TRAITEMENTS
INUTILES
SELON L'AMQ
ET SES
PARTENAIRES**

● *Les antibiotiques pour soigner la plupart des sinusites. Actuellement, sur cinq antibiotiques prescrits, un l'est pour traiter cette maladie!*

● *Les examens d'IRM en cas de maux de tête ou de dos.*
● *Le test Pap pour les femmes de moins de 21 ans et de plus de 70 ans. Pour les autres, un test tous les trois ans est suffisant!*

● *Les épreuves d'effort et électrocardiogrammes, sauf si des symptômes ou une maladie cardiaque sont présents.*

mais le système de santé économiserait annuellement près de 100 millions de dollars!

«Le défi, c'est maintenant de convaincre les femmes, qui sont beaucoup plus portées à se faire traiter que les hommes, d'adopter le même genre d'attitude avec le cancer du sein, en exigeant que la recherche se penche sur les cancers indolents, ceux qui ne causent ni douleur ni problèmes», croit l'oncologue Jacques Morin.

Dans les dernières années, on s'est plutôt acharné à trouver des tests de plus en plus précoces. On a poussé tellement loin la détection des cancers qu'on en trouve même avant que l'on puisse y faire quoi que ce soit!

Parlez-en à Huguette Carretier, 77 ans, qui a eu son premier can-

cer du sein il y a 40 ans. Après trois récidives, plusieurs interventions et d'innombrables mammographies, cette pimpante retraitée de Kamouraska s'est vu prescrire l'an dernier une simple prise de sang. Le verdict est tombé, cinq ans après sa dernière récidive: le test a trouvé des marqueurs tumoraux, signe probable qu'un cancer est actif. Sauf que trois examens d'imagerie réalisés durant les mois suivants n'ont pas permis de voir quoi que ce soit. Et qu'il n'y a rien d'autre à faire qu'attendre.

«Quand mon oncologue a vu les résultats du test sanguin, elle s'est exclamée: "Mais pourquoi ai-je demandé ça?"» raconte Huguette. «Ce test ne m'aide pas; il me fait juste m'inquiéter, alors que je pourrais profiter de la vie. D'examen en examen, je

vais finir par faire un cancer de l'anxiété!» ajoute-t-elle en riant jaune.

La croissance du surdiagnostic est aussi une conséquence directe de l'augmentation rapide du nombre d'analyses de laboratoire et d'examen d'imagerie demandés par les médecins. En comparant les pratiques d'une région à l'autre, on s'est rendu compte dans les années 1990 qu'il n'y a souvent aucune corrélation entre le nombre de tests demandés pour diagnostiquer une maladie — ou d'interventions réalisées pour l'éviter — et la mortalité liée à cette maladie. Preuve par l'absurde qu'on en fait trop!

«La littérature scientifique indique que de 17 % à 30 % des analyses de laboratoire sont →

Et si on consultait le patient ?

Une partie de la solution au surdiagnostic consiste à remettre la décision des traitements entre les mains des patients, croit France Légaré, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires. Cette médecin de famille et professeure à l'Université Laval est parmi les meilleurs spécialistes au monde de cette nouvelle approche, qui se développe depuis une dizaine d'années.

À partir des études les plus fiables sur l'efficacité et les risques des traitements, France Légaré conçoit des fiches d'aide à la décision à l'intention des médecins et de leurs patients, pour les guider dans le choix de l'approche à adopter.

Le concept a été testé depuis 2010 dans 12 unités de médecine familiale (UMF) du Québec. L'équipe de la D^{re} Légaré a préparé une fiche présentant de manière visuelle les valeurs absolues des risques et bénéfices des antibiotiques pour le traitement des infections aiguës des voies respiratoires (première cause de consultation dans les UMF). Le quart des patients à qui les médecins ont montré cette fiche ont choisi de recevoir des antibiotiques... contre la moitié de ceux à qui les médecins ne l'avaient pas montrée. Jamais aucune stratégie de lutte contre la prescription abusive d'antibiotiques n'a donné des résultats aussi spectaculaires!

«La recherche montre que lorsqu'on présente les vrais risques et bénéfices des traitements aux patients, ils sont souvent beaucoup moins interventionnistes que les médecins», constate France Légaré. En Angleterre, les autorités comptent beaucoup sur les outils d'aide à la décision pour faire reculer examens et traitements inutiles.





**« Pour peu
que le
médecin ou le
radiologiste
soit
inexpérimenté,
il va vouloir
investiguer.
Après 30 ans
de pratique,
on s'énerve
beaucoup
moins! »**

**LE D^r JACQUES
LÉVESQUE,
PRÉSIDENT DE
L'ASSOCIATION
CANADIENNE DES
RADIOLOGISTES**

inutiles, ce qui correspond à une évaluation du Vérificateur général faite au Québec en 1998», dit Véronique Déry, scientifique en chef de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS) et coprésidente du comité Optilab, formé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer la pertinence des analyses de laboratoire.

Ce printemps, les experts d'Optilab ont scruté les prescriptions de 14 analyses courantes (pour lesquelles l'État dépense 20 millions de dollars par année): 57 % n'étaient pas pertinentes! Mesurer le taux de vitamine D dans le sang, par exemple, n'a aucun intérêt, sauf dans des cas très particuliers de personnes à risque élevé d'ostéoporose. Pourtant, de 2009 à 2013, le nombre de demandes a été multiplié par 3,5. De quoi découvrir nombre d'anomalies sans conséquence!

Tout comme les tests qui trouvent des cancers invisibles, les techniques d'imagerie sont tellement sensibles qu'elles permettent de repérer d'innombrables bizarreries, baptisées « incidentalomes » ou « fortuitomes », parce qu'elles sont dues uniquement au hasard, n'ayant jamais donné de symptômes.

La découverte d'un « fortuitome » peut faire plus de mal que de bien. Isabelle Desrochers, une enseignante de Québec, l'a constaté quand, il y a trois ans, elle a consulté pour des migraines.

Son médecin de famille l'envoie passer une tomodensitométrie du cerveau, qui repère un petit quelque chose, et le radiologiste

suggère d'investiguer. Isabelle passe alors un examen d'IRM (imagerie par résonance magnétique), qui révèle un minuscule anévrisme. « On m'a dit que cela n'avait rien à voir avec mes migraines et qu'il était impossible de savoir s'il était là depuis longtemps ou s'il risquait de provoquer un accident vasculaire cérébral. J'aurais préféré ne pas savoir que j'ai peut-être une bombe à retardement dans le cerveau, mais qu'on n'y peut rien! » raconte cette brune de 50 ans.

Son histoire ne se termine pas là. Les migraines, croit son médecin, viennent sans doute de tensions liées au stress ou de névralgies dans la nuque. Pour vérifier, le physiatre vers qui Isabelle est dirigée lui fait passer une radiographie, puis un examen des cervicales par IRM, et finalement une scintigraphie osseuse (on injecte un produit radioactif dans le corps pour examiner le squelette au complet). Rien ne cloche dans la nuque d'Isabelle, dont les migraines ont disparu entre-temps. Mais à la scintigraphie, le technologue insiste pour analyser deux fois son genou. « J'ai cru à une erreur, je n'ai jamais rien eu au genou », raconte l'enseignante.

Elle apprend alors qu'elle a sans doute eu, on ne sait quand, un « infarctus osseux » au genou. Nouvelle radiographie, puis nouvelle IRM, du genou cette fois. Il s'agit probablement, lui explique le radiologiste, d'une tumeur bénigne... laquelle pourrait être confondue, ajoute-t-il, avec un

chondrosarcome malin de grade peu élevé. Il faudra faire des radios fréquentes pendant deux ans, avant de juger qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Isabelle n'en peut plus. « Je me demande si je vais sortir un jour de cette spirale infernale », s'inquiète-t-elle, me montrant son épais dossier médical.

Le médecin l'a prévenue qu'une douleur au genou pourrait être le signe que la tumeur évolue. « J'ai 50 ans et je fais du karaté, j'ai donc souvent mal partout. Cette histoire me stresse. Le pire, c'est que tout cela a fait revenir mes migraines! »

Avec ces nombreux examens, Isabelle a aussi reçu une importante dose de radiations, dont on sait... qu'elles augmentent le risque de cancer. À force de s'acharner sur son cas, les médecins l'ont peut-être rendue malade.

Le système public est en train d'abandonner les examens annuels depuis que, en 2012, une étude des chercheurs de la Collaboration internationale Cochrane a montré que ces visites ne faisaient pas diminuer le taux de mortalité ni le risque de maladie grave. Bien des médecins de famille s'en réjouissent: ils vont enfin pouvoir passer du temps à soigner les malades plutôt que de chercher des problèmes aux gens en bonne santé!

La population est aussi en partie responsable de cet excès de médecine, dit le D^r Laurent Marcoux. « Les patients vont sur Internet, apprennent l'existence de toutes sortes de maladies et

**HYPERTENDUS
GUÉRIS...
PAR MAGIE!**

Les lignes directrices pour le traitement de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension, rédigées par des organisations très suivies, comme l'American College of Cardiology, ont été révisées en décembre dernier. Elles ont fait passer de 140 à 150 la limite considérée comme normale pour la valeur haute de la tension artérielle à partir de l'âge de 60 ans. Grâce à cela, des millions de gens sont soudainement redevenus bien portants!

veulent qu'on fasse quelque chose», raconte-t-il. Les innombrables campagnes de sensibilisation aux cancers et autres maux graves ont joué le même rôle que les cotes d'alerte d'attentes terroristes: elles ont accru la vigilance par rapport à la maladie, mais aussi la peur. L'arsenal diagnostique et thérapeutique est rassurant. «Tous les médecins vous le diront: il arrive qu'on prescrive examens complémentaires et médicaments... juste pour rassurer des patients et se débarrasser des encombrants!» déclare le D^r Marcoux.

Si le surdiagnostic est si fréquent, c'est surtout parce qu'il profite aux puissants industriels de la santé, fabricants de tests, d'appareils médicaux et de médicaments, qui influencent largement la rédaction des guides de pratique clinique.

Durant les années 1990 et 2000, sous les pressions de l'industrie, les experts ont abaissé plusieurs des seuils à partir desquels on considère qu'une personne a

un problème d'hypertension, de diabète ou d'ostéoporose, par exemple. Cette stratégie a permis aux sociétés pharmaceutiques de faire mouser les ventes de leurs produits phares (les *blockbusters*) alors qu'elles se trouvaient en panne de médicaments prometteurs.

Or, plus une anomalie est légère — comme une tension artérielle à peine supérieure à la norme —, plus les risques de surdiagnostic sont élevés. Quand un patient dépasse juste un peu la limite «acceptable», les effets secondaires des médicaments risquent également d'être plus importants que les dangers encourus sans traitement.

Ce phénomène fait des ravages chez les personnes âgées. Comme pour une voiture usagée, de plus en plus de voyants d'alerte s'allument à mesure qu'on vieillit. Et la plupart des médecins s'attaquent avec force à tout ce qui ne tourne plus rond. Résultat: la surconsommation de médicaments par les personnes âgées

est devenue un problème de santé criant — et la troisième cause de mortalité dans les pays industrialisés!

Peu importe son âge, le patient doit prendre conscience que ce n'est pas dans le cabinet du médecin que se trouve la solution à la majeure partie des problèmes de santé, croit le D^r Martin Juneau, cardiologue et directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal. «Les mauvaises habitudes de vie sont à l'origine des trois cinquièmes des maladies, mais la seule réponse que nous avons à offrir, c'est toujours plus de médicaments», explique-t-il.

Pour le cardiologue, il est temps de se sevrer de cette médecine qui en fait trop. «Mettons des kinésithérapeutes et des nutritionnistes dans les groupes de médecins de famille, chargeons tous les ministères de faire en sorte que nous vivions dans un monde plus sain, et tout le monde s'en portera beaucoup mieux!» ■



MEPHISTO M
chaussures d'exception



Yael 5-11

Waino 6-13

LA TECHNOLOGIE SOFT-AIR DE MEPHISTO :
Pour une marche sans fatigue !

MEPHISTO vous offre modernité et confort optimal. Le chaussant parfait et l'unique TECHNOLOGIE SOFT-AIR pour une marche souple et sans fatigue.

Disponible dans les boutiques MEPHISTO et les détaillants spécialisés près de chez vous
Pour toutes informations : 1 888-411-3310 www.mephistocanada.com