

La prévention quaternaire pourrait protéger qui, et de quoi?

Par le Dr Pierre Biron le 10 octobre 2014 pour [L'actualité médicale](#)

Prescrire moins, prescrire mieux



La prévention quaternaire protège bien portants et patients des méfaits associés aux tests, interventions ou traitements inutiles. On doit l'expression abrégée « P4 », au généraliste belge Marc Jamouille qui la définit comme la « prévention de la médecine non nécessaire, de la surmédicalisation » [Médecine 10(2): 75]. La P4 évite aux payeurs publics un gaspillage colossal, tandis que la « vraie » prévention passe d'abord par le statut économique, éducationnel, environnemental, occupationnel et social, et non par le surdiagnostic ou le surtraitement [JECH 62; 580].

La prévention quaternaire pourrait protéger...

... les prescripteurs :

1. des directives cliniques élaborées par des instances et experts en liens d'intérêts, notamment celles à visée préventive basées sur des critères substitutifs, menant à des ordonnances « à vie », relayées par des organismes/meneurs d'opinion, eux-mêmes compromis [BMJ 349: g5448];
2. des formations « sous influence » dont les présentateurs – par manipulation méthodologique, corporatisme conservateur ou compromission silencieuse – appellent à une surmédicalisation dont on pourrait se passer;
3. des visiteurs médicaux [JGIM 28(10): 1368] en cabinet, à l'hôpital;
4. des présentations trompeuses de méga essais sponsorisés gonflant les bénéfices et minimisant les risques des nouveaux produits et indications;
5. des rémunérations bonifiées pour des activités futiles de prévention (bilans, niveaux-cibles).

... les bien portants :

1. d'une médecine préventive agressive, présomptueuse, arrogante et autoritaire [CMAJ 167(4):

- 363], ainsi que de « l'acharnement préventif » [Med Fam Can 53: 1643];
2. des diagnostics infra/subcliniques (préhypertension, prédiabète, préathéromatose, ostéopénie, prédominance, hypothyroïdie subclinique...), des diagnostics simplistes par cases à cocher menant à des ordonnances « à vie », abaissant des critères de substitution sans améliorer la santé;
 3. des bilans de santé périodiques avec analyses multiples, dont il a été démontré qu'ils ne pouvaient allonger l'espérance ou la qualité de vie [BMJ 345: e7191];
 4. des bilans génétiques, notamment privatisés, qui alimentent des mégabanques dont on ignore la finalité;
 5. des campagnes de dépistage mal validées (maladie cardiovasculaire, cancer, hormones);
 6. des produits risqués dits « de performance/style de vie », sorte de dopage au quotidien.

... les patients :

A. Chez le médecin :

1. des imageries ionisantes, avant de réaliser anamnèse/examen physique;
2. de nouveaux produits/indications autorisés prématurément, sans progrès thérapeutique tangible ni valeur ajoutée, et présentant des risques méconnus;
3. des posologies de départ trop élevées, notamment en gériatrie – de la polypharmacie;
4. des programmes d'accompagnement sponsorisés – de la non-observance surveillée, voire réprimandée, concernant des nouveautés chères mais non supérieures;
5. des médicaments ordonnancés dits « antitabagiques » ou « amaigrissants »;
6. de la participation à des essais cliniques conçus/réalisés/interprétés par/pour des promoteurs, à visée mercantile, sans intérêt pour la pratique.

B. En diabétologie : type 2, stable à faible risque :

1. d'une maîtrise glycémique trop serrée qui ne prolonge pas la vie – d'une surveillance glycémique obsessionnelle;
2. de nouveaux hypoglycémifiants oraux dont le bénéfice clinique n'a pas été démontré;
3. des hypoglycémifiants oraux systématiques, sans insister sur l'impact, plus important, du mode de vie;
4. des cholestérolémies périodiques et des statines « à vie ».

C. En cardiologie :

1. des antihypertenseurs systématiques dans l'hypertension bénigne à faible risque [Cochrane 2012; (8): CD006742 - JAMA IM 2013; 173: 956 - BMJ 2014; 349: g5432], des diagnostics hâtifs/seuils trop bas;
2. de la revascularisation d'emblée, quand un suivi médical et un mode de vie plus sain assureraient une évolution comparable chez certains coronariens stables [COURAGE, RITA-2, OAT, BARI-2D, MASS-II...]; idem pour les artériopathies extracoronariennes asymptomatiques;
3. de la bithérapie antiplaquettaire prolongée post-stent, quand l'AAS suffirait – de l'anticoagulation à vie dans la FA occasionnelle, quand le score CHA2DS2-VASc ne compense pas le risque hémorragique – de certains anticoagulants directs encore incomplètement évalués;
4. hormis les hyperlipidémies familiales : des cholestérolémies de routine – des hypocholestérolémifiants à vie en prévention primaire (notamment chez les femmes ou les aînés), sans amélioration de la longévité ou de la qualité de vie; la prolongation de la vie en prévention secondaire demeure incertaine ou minuscule, il faut le dire aux patients – de l'augmentation posologique chez les patients déjà statinisés [ti.ubc.ca/letter87]; du déni de leurs effets indésirables par leur médecin.

D. En obstétrique/gynécologie :

1. des interventions de procréation assistée trop risquées – de l'acharnement reproductif ou néonatalogique;

2. de la surmédicalisation de la grossesse quand le risque est faible – des césariennes électives dites « de convenance/à demande » – de l'épisiotomie ou d'un déclenchement de routine;
3. des antidépresseurs ISRS, sans informer des risques pour le fœtus;
4. des anovulants les moins sécuritaires;
5. des ostéodensitométries de dépistage – des médicaments antiostéoporose à équilibre bénéfiques/risques incertain.

E. En infectiologie :

1. d'une antibiothérapie d'emblée pour les infections virales (IRS, otites infantiles...);
2. des antiviraux antigrippaux, incapables de réduire la mortalité, la pneumonie et la transmission [Cochrane CD008965];
3. des programmes intempestifs de vaccination saisonnière antigrippale [Cochrane CD001269 et CD005187].

F. En neuropsychiatrie :

1. de la biologisation de la psychiatrie, des surdiagnostics renforcés par le DSM-5 – de la pharmacothérapie, sans revoir pertinence, contexte, posologie, comédication, comorbidité et opportunité d'un sevrage supervisé – des protocoles de soins inadaptés, contraires au jugement clinique;
2. dans la démence : des antipsychotiques sans pertinence ni suivi, ni consentement des tuteurs, ni empathie, notamment en hébergement – des produits dits « anti-Alzheimer » futiles;
3. des campagnes de dépistage cognitif [BMJ 345: e8588] orchestrées pour alimenter des essais cliniques de prédiction ou de prévention, basés sur des hypothèses non validées;
4. des somnifères/benzos au long cours;
5. des ISRS dans la dépression situationnelle/légère; dans les formes plus graves, de la prescription banalisée ou précipitée, indûment prolongée/dosée, sans suivi ni empathie, cessée sans supervision;
6. en pédiatrie : des dépistages en santé mentale relayés par des autorités scolaires non conscientes des conséquences – des interventions pharmacologiques intempestives (pour retard de développement) – des psychostimulants (pour inattention/turbulence), des antipsychotiques ou des antidépresseurs sans évaluation/intervention sur les facteurs psychosociaux/cognitifs.

G. En oncologie :

1. du dépistage par l'antigène prostatique spécifique pour prolonger la vie, sans informer de son équilibre bénéfiques/risques douteux;
2. des vaccins, chez les ados et les jeunes adultes, pour prévenir le cancer du col, de la vulve, de l'anus, du pénis et de la sphère ORL, seulement évalués contre les précancers du col, sans réduire leur incidence globale. Le frottis cervical demeure utile dans les limites d'âge validées;
3. du dépistage mammographique, sans informer de son équilibre bénéfiques/risques douteux pour prolonger la vie;
4. des chimiothérapies qui ne prolongent pas l'espérance de vie, mais qui altèrent sa qualité, quand l'évolution est inéluctable.

* Professeur honoraire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
