

SURMEDICALISATION SURDIAGNOSTICS SURTRAITEMENT :

En médecine générale, nous sommes assez souvent confrontés à des surmédicalisation et surtraitements de patients souvent âgés et fragiles, cela pose des questions éthiques difficiles.

Plusieurs situations pour lancer le débat

Premier cas

Une patiente jeune qui allaite complètement.

Elle consulte en urgence pour des maux de tête tenace, de type migraineux, en service de Neurologie.

Elle est mise sous triptans avec la consigne d'arrêter l'allaitement

Elle me consulte en urgence avec 40 de fièvre et un engorgement mammaire 48heures plus tard

Devant cette situation délicate, plusieurs questions se posent ?

Calmer une migraine en arrêtant brutalement un allaitement était-ce la meilleure solution ?

Les conséquences pour la mère et le bébé n'avaient pas été envisagées

Ces migraines avaient elles une cause ?

La prise en charge de la migraine c'est d'abord se reposer, se détendre, dormir : cette mère avait-elle cette possibilité chez elle ? Quelle aide avait-elle ? Comment s'organisait la famille avec ce second enfant ?

Pourquoi les triptans qui contre indiquent l'allaitement alors que cette femme allaite complètement ?

Le médecin généraliste est confronté à une situation délicate : revenir sur le traitement prescrit par le neurologue, soulager la patiente de son engorgement et éviter le passage à l'abcès, et s'inquiéter du bébé sevré brutalement, tout ceci en restant déontologique !

Dans ce cas le surtraitement a eu plus d'effets délétères que la migraine elle-même.

Deuxième cas

Ce monsieur âgé de 75 ans a déclaré une leucémie aigüe ; il ne prenait qu'un traitement pour une hypertension modérée jusque là . C'était un homme en pleine forme dont la seconde femme était âgée de 55 ans La chimiothérapie, malgré quelques incidents, a permis une rémission totale.

Au bilan final, le scanner ne retrouvait pas d'adénopathies malignes inquiétantes mais montrait une grosse prostate.

L'interne écrivait dans son courrier « il faut convoquer le patient pour inventorier et traiter cette prostate »

Devant ce courrier, le médecin traitant se pose quelques questions.

Jusqu'ici ce patient ne se plaignait d'aucun signe urinaire.

Le médecin traitant que je suis, appelle le patient pour savoir où il en est

Le patient ne se plaint de rien, aucun signe clinique urinaire, il est content d'avoir fini sa chimiothérapie et se sent bien.

Ensuite j'appelle l'interne pour comprendre ce qu'elle souhaite

L'interne après moult questions finit par dire que le bilan c'est PSA et si elles sont positives intervention.

Le médecin traitant lui fait remarquer que ce monsieur de 75 ans vient d'échapper à une leucémie, qu'il est heureux d'être avec sa femme et ne se plaint d'aucun signe urinaire, donc ne rien faire sur cette prostate serait un bon choix ;

Elle accepte de noter dans le dossier que ce monsieur ne se plaint de rien et que venant d'échapper à une leucémie il n'est pas indispensable de s'occuper de son image prostatique

Le médecin généraliste médecin traitant de ce patient se pose la question du pourquoi cet acharnement chez une personne âgée qui vient d'échapper à la mort. Il y a là une surmédicalisation avec risque de surdiagnostic et de surtraitement.

Pourquoi traiter des images ? quel bénéfice aura-t-on ? quel risque prend -t-on à faire quelque chose ou à ne rien faire?

Comment intervenir auprès des « décideurs » que sont les spécialistes d'organes pour faire entendre notre point de vue?

Dans ces deux cas l'issue a été « bonne » mais quelque fois l'issue est fatale.

Une patiente de 80 ans diabétique, hypertendue, ayant eu un cancer du sein fait une hématurie.

Un polype de la vessie de 4 mm est enlevé et son analyse montre qu'il s'agit d'un polype cancéreux.

Le chirurgien consulté décide une ablation de la vessie et des organes génitaux avec mise à la peau des uretères.

La patiente qui me consulte pour m'informer de cette intervention refuse de prendre un autre avis et devant la lourdeur de cette chirurgie pour cette femme fragile, j'appelle le chirurgien qui ne veut pas revenir sur son choix.

La patiente est opérée et décède très rapidement. Sa famille vient me demander ce qu'il s'est passé.

Le médecin traitant est triste de n'avoir pas été entendue ni de la patiente, ni du chirurgien

D'après les recommandations diverses relues grâce à internet, un petit polype chez une personne âgée évolue lentement d'autant que celui-ci avait été enlevé par l'endoscopie.

Le médecin traitant se pose la question de savoir comment il aurait pu éviter ce gâchis

Il y a eu là un surtraitement néfaste.

DISCUSSION

Ces situations soulèvent des questions difficiles, sont passées sous silence et créent malaise et incompréhension, elles sont pourtant quotidiennes, ceci est un constat de mon expérience de groupe de pairs depuis de nombreuses années.

Le risque zéro en médecine n'existe pas dans un sens comme dans l'autre. Ne rien faire peut conduire à une situation qui va empirer et être mal vécu par l'entourage

Mais faire à tout prix peut conduire à un décès ou des handicaps prématurés

La qualité de vie devrait être prioritaire sur la quantité de vie mais cela est une valeur personnelle et pas forcément celle du patient, de la famille ou des soignants

La parole et le désir du patient devraient davantage être pris en compte, à condition qu'on lui donne des explications accessibles ce qui est très rarement le cas.

Les médecins traitants sont souvent confrontés à des surmédicalisations et des surtraitements qui ne leur semblent pas les meilleurs choix pour leurs patients (cholestérol que l'on exige très bas même si le patient ne peut plus sortir à cause de douleurs musculaires, décoagulation intense avec risque hémorragique, TA maintenue trop basse chez des PA qui chutent, contrôle radiologique ou biologique itératifs pas vraiment utile chez les PA)

Les médecins souffrent de ces dysfonctionnements sur lesquels ils ne peuvent pas agir et ils n'ont pas de lieu pour en parler. Cette dimension n'est absolument pas prise en compte et contribue aussi au « burn out » des soignants de première ligne

En particulier pour les patients âgés et polypathologiques, il serait utile de prendre l'avis du médecin traitant : le téléphone, les conférences téléphoniques, internet permettent des communications rapides.

Surmédicalisation, surdiagnostic et surtraitements ont un coût financier mais aussi social sur la qualité de vie des patients et des familles.

Les techniques modernes permettent de plus en plus d'interventionnisme mais est-ce un bien pour le patient, cela n'est pas toujours vrai.

De vraies concertations entre soignants devraient éviter ces « sur » néfastes pour tous.

Marie France LE GOAZIOU Professeure associée de médecine générale

mf.legoaziou@medsyn.fr

23 Rue Johannly Berlioz 69800 Saint Priest