

## Billet du mois

# Les limites de la raison

## Épisode 3 D: les quatre cadres de la pratique médicale

*“La constante à laquelle aucun médecin ni aucune science ne peuvent apporter de correction est le caractère probabiliste de toute décision médicale.”.*

Jean-Charles Sournia, *Histoire du diagnostic en médecine*. Éditions de santé, 1995.



**F. DIÉVERT**  
Elsan clinique Villette, DUNKERQUE.

Cette série sur les limites de la raison nous a conduit, dans les épisodes précédents, à envisager la notion de cadrage et donc de cadre. Ici, je souhaite présenter quelques réflexions concernant les quatre grands cadres reconnus de la pratique médicale: le dépistage, le diagnostic, la thérapeutique et le suivi. En d’autres termes, si l’on a vu certains moyens de sortir du cadre dans les billets précédents, il s’agira ici de rester dans le cadre.

Bien que d’autres cadres d’analyse peuvent être envisagés ou ajoutés, les quatre concepts discutés ici sont les principaux cadres de la pratique de l’art médical, mélange de sciences dures et de sciences humaines, reposant sur une approche probabiliste. Si, comme on le verra, des chevauchements peuvent exister entre ces quatre cadres, ils ont des points de divergence et il y a donc des critères permettant de les différencier:

- **le dépistage** s’adresse à des personnes asymptomatiques pouvant avoir une maladie à un stade précoce, voire seulement être à risque de maladie. Ce dernier point rend compte de la difficulté qu’il y a parfois à distinguer la notion de facteur de risque de celle de maladie, comme c’est le cas, par exemple, pour l’hypertension artérielle;
- **le diagnostic** s’adresse à des personnes chez lesquelles il y a au moins une anomalie, alléguée ou constatée, qui peut être un signe ou un symptôme ou la variation hors de certaines limites d’un biomarqueur. Il peut donc aussi s’adresser à des personnes ayant une anomalie à un test de dépistage et en est l’étape suivante. Le cadre du diagnostic a pour objectif d’établir s’il y a une maladie expliquant l’anomalie alléguée ou constatée. Il pose la question de la définition de la maladie et notamment de la valeur à attribuer à la variation par rapport à la moyenne d’un paramètre donné. Si le diabète est défini comme une maladie, le plus souvent, il n’est qu’une modification de la glycémie ou de l’HbA1c chez un patient asymptomatique: son diagnostic peut ainsi être établi au terme d’un seul examen de dépistage;
- **la thérapeutique** est l’aboutissement des deux étapes précédentes, elle ne peut les précéder, sauf dans le cadre global de la prévention hygiéno-diététique, populationnelle et individuelle. Elle a pour objectif de ralentir ou corriger le processus morbide identifié, par la mise en œuvre d’une action déterminée qui peut parfois être irréversible;
- **le suivi** peut être appliqué à l’issue de chacune des étapes précédentes dans l’objectif de vérifier l’efficacité d’une action décidée et de connaître l’évolution afin de proposer une nouvelle action déterminée en cas de probabilité élevée d’évolution défavorable.

## I Billet du mois

### ■ Le dépistage

L'objectif du dépistage est de détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes *a priori* en bonne santé afin de prévenir, ralentir ou arrêter l'évolution de cette maladie.

En 1968, Wilson et Jungner ont proposé dix critères devant permettre d'envisager un dépistage (voir **tableau I**) prenant en compte le fait qu'il s'adresse à des personnes asymptomatiques. Ces critères sont un mélange de considérations surtout techniques mais aussi financières, morales et pratiques.

Dans la pratique médicale courante, c'est-à-dire en dehors du cadre de santé publique ou populationnel relevant d'administrations de santé, plusieurs éléments doivent être envisagés lorsque l'on envisage une stratégie de dépistage.

#### 1. La prévalence de base de la maladie

Les tests utilisés pour un dépistage n'ont jamais une sensibilité et une spécificité de 100 %. Il y aura donc toujours des faux positifs, susceptibles d'engendrer une démarche diagnostique et d'inquiéter le patient, et des faux négatifs, sus-

ceptibles de rassurer, à tort, le patient et le médecin.

L'élément majeur à retenir est que, quel que soit le test utilisé, plus la prévalence d'une maladie est faible, plus le risque de faux positifs est élevé.

Ainsi, par exemple, en prenant un test dont les qualités seraient excellentes (c'est-à-dire une sensibilité de 99 % et une spécificité de 99,8 %), quelle est la probabilité d'avoir la maladie si le test est positif? Réponse, cette probabilité dépend de la fréquence de base, c'est-à-dire de la prévalence de la maladie. Cette prévalence est le nombre de personnes ayant réellement la maladie dans une cohorte de personnes partageant des caractéristiques communes. Ainsi, comme on le verra plus loin, les deux tiers des hommes de plus de 70 ans ont des signes histologiques de cancer de la prostate. La caractéristique commune est "homme" et "plus de 70 ans", la prévalence est 66 %.

Pour revenir à notre exemple, si le test envisagé avec des caractéristiques d'excellente qualité est appliqué à un patient dont le risque de base de la maladie que l'on veut dépister est de 0,01 %, dans

95,3 % des cas où le test est positif, la personne n'a pas la maladie. Exprimé autrement, il y a presque 20 fois plus de probabilité de ne pas avoir la maladie que de l'avoir, en cas de test positif. Pour comprendre, prenons une population de 1 000 000 de personnes dont seulement 0,01 % ont la maladie – c'est-à-dire que dans cette population, il y a 100 réels malades asymptomatiques et 999 900 personnes indemnes de la maladie – et appliquons le test à toute la population. Compte tenu d'une sensibilité de 99 % et d'une spécificité de 99,8 %, le résultat comprendra :

- 1 faux négatif;
- 99 vrais positifs;
- 2 000 faux positifs (0,02 x 999 900);
- 997 900 vrais négatifs.

Il y a donc un total de 2 099 tests positifs, dont seulement 99 correspondent à des personnes malades et donc 99/99 + 2 000  $\approx$  0,047 : donc, en présence d'un test positif, la probabilité que la personne ait la maladie est d'environ 4,7 %, donc 95,3 % de faux positifs et donc 95,3 % des tests positifs désignent des personnes saines. De façon complémentaire, avec un test négatif, la probabilité que le patient soit sain est de 997 900/997 901  $\approx$  99,9998998 % et donc il y a 0,0001 % de faux négatifs.

Avec une prévalence aussi faible, le test a donc une excellente valeur prédictive négative mais une mauvaise valeur prédictive positive. La question pertinente est alors : face à une prévalence aussi faible, un dépistage est-il justifié? Inversement, plus la prévalence de la maladie sera élevée, plus la valeur prédictive négative de ce même test diminuera mais plus sa valeur prédictive positive augmentera, permettant un dépistage plus fiable des malades asymptomatiques.

En pratique :

– la première règle du dépistage lorsqu'on s'adresse à des personnes asymptomatiques et afin d'éviter inquiétudes et examens complémentaires inutiles, est

- La maladie étudiée doit présenter un problème majeur de santé publique.
- L'histoire naturelle de la maladie doit être connue.
- Une technique diagnostique doit permettre de visualiser le stade précoce de la maladie.
- Les résultats du traitement à un stade précoce de la maladie doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé.
- La sensibilité et la spécificité du test de dépistage doivent être optimales.
- Le test de dépistage doit être acceptable pour la population.
- Les moyens pour le diagnostic et le traitement des anomalies découvertes dans le cadre du dépistage doivent être acceptables.
- Le test de dépistage doit pouvoir être répété à intervalle régulier si nécessaire.
- Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus.
- Le coût économique d'un programme de dépistage doit être compensé par les bénéfices attendus.

**Tableau I :** Les dix critères du dépistage de Wilson et Jungner. (Wilson J, Jungner G & World Health Organization. *Principles and practice of screening for disease*. World Health Organization, 1968. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>)

qu'il doit être appliqué à des personnes à probabilité suffisamment élevée d'avoir la maladie pour limiter les faux positifs. La première démarche du dépistage est donc d'évaluer la probabilité d'existence de la maladie recherchée chez un sujet donné;

– si comprendre pourquoi un test peut être positif en l'absence de la maladie qu'il est censé détecter reste souvent du domaine de la recherche, les explications fournies ou potentielles ont un intérêt pour aider à une bonne interprétation des résultats d'un test;

– tous les tests diagnostiques ayant leurs limites en termes de sensibilité et de spécificité, multiplier les tests chez un même individu asymptomatique conduit à obtenir un résultat anormal dans un nombre de cas non négligeable. Ainsi, si la probabilité d'erreur de divers tests est de 5 % pour chacun, utiliser un test conduira à un résultat faux chez 5 % des personnes, utiliser six tests conduira à au moins un résultat faux chez 26 % des patients et utiliser douze tests, conduira à au moins un résultat faux chez 46 % des patients. À vous de calculer le nombre de patients asymptomatiques chez lesquels au moins un résultat faux sera constaté, en dosant systématiquement et en même temps le NT-proBNP, la troponine et les D-dimères.

## 2. Les moyens à proposer en cas de test positif

Test positif ne veut pas obligatoirement dire maladie. Dans certains cas, la valeur donnée par le test définit la maladie, comme une HbA1c élevée peut définir le diabète. Dans d'autres cas, il faut tenir compte de la variabilité des valeurs observables avec le test, comme avec la pression artérielle, par exemple. C'est alors la multiplication des mesures qui permettra le diagnostic. Nous sommes ici déjà dans une démarche diagnostique. Dans d'autres cas, une valeur jugée anormale du résultat d'un test conduira à entreprendre une démarche diagnostique (coloscopie en cas de sang dans les selles, ponction-biopsie en cas d'ano-

malies à la mammographie, échocardiographie en cas d'élévation des peptides natriurétiques...), c'est-à-dire à effectuer d'autres examens, afin de modifier la probabilité d'existence, ou non, de la maladie. Et tout en sachant que chaque nouvel examen a aussi des limites en matière de sensibilité et de spécificité.

Au-delà de la démarche diagnostique qu'il engendre, le dépistage n'a d'utilité que s'il permet d'apporter à la personne une solution thérapeutique, c'est-à-dire un moyen de ralentir l'évolution de la maladie découverte, voire mieux, de la guérir. Cependant, il peut parfois ne pas induire d'action thérapeutique, et donc n'être envisagé que pour mieux comprendre un état spécifique. Le fait de ne pas induire d'action thérapeutique est aussi une action thérapeutique en tant que telle: "On ne modifie rien, car il existe une explication, actuellement sans ressource thérapeutique, à cet état clinique".

Pour proposer une action thérapeutique, encore faut-il que le stade de prise en charge de la maladie ou du patient le permette et ce, avec un bénéfice clinique net, c'est-à-dire, en règle générale avec un gain en espérance de vie. Il est donc utile qu'une stratégie de dépistage soit évaluée avec, comme critère principal, l'effet sur la mortalité totale.

Et, parfois, sur ce point, il y a des surprises. Ainsi, en 2012, dans le *Lancet* sont parus les résultats de l'étude ADDITION-Cambridge, ayant concerné 16 047 patients à haut risque de diabète de type 2. Elle a montré qu'au terme de 10 ans de suivi, une stratégie de dépistage du diabète par rapport à son absence n'avait pas d'influence sur le pronostic des patients dépistés, tant en termes de mortalité totale que de mortalité cardiovasculaire, ou de mortalité liée au diabète.

## 3. La durée de latence de la maladie

Dans certains articles concernant le dépistage, il est dit que "la maladie doit

être détectable précocement". Ici, entre en jeu un autre élément fondamental du dépistage: le temps de latence de la maladie qui, dans le cadre du dépistage est recouvert par l'expression "temps de devancement" de la maladie. Et il y a là un paradoxe: plus le temps de latence est élevé, plus la probabilité de découvrir la maladie à un stade précoce augmente, mais plus le dépistage pourrait alors ne pas être utile puisqu'un long temps de latence laisse entrevoir un bon pronostic. Ceci illustre la différence entre l'efficacité du dépistage ou possibilité de détecter la maladie précocement, et l'utilité, faisant que le dépistage pourrait ne pas avoir de conséquence pratique.

Quelques exemples peuvent illustrer ce problème.

**>>> Le temps de devancement du dépistage du cancer du poumon** par un examen scanographique à faible dose est de 4 ans. C'est-à-dire qu'il est possible de dépister un cancer du poumon 4 ans avant son expression clinique. Considérant la gravité de la maladie une fois qu'elle est au stade clinique, le dépistage peut donc être très utile, dès lors qu'il est appliqué à la fois chez des personnes à risque élevé (condition de son efficacité) et avec une périodicité inférieure à celle du temps de devancement (condition de son utilité).

**>>> Le temps de devancement du cancer de la prostate** par un examen scanographique à faible dose est de 10 ans. Du fait de la très forte prévalence du cancer de la prostate au-delà de 70 voire 60 ans, la probabilité de découvrir un tel cancer par cet examen est donc très élevée. Pour rappel, d'après des séries d'examen post-mortem, la détection histologique d'un cancer de la prostate encapsulé est de l'ordre de 32 % après 50 ans, 55 % après 60 ans et 64 % après 70 ans. Il est ainsi estimé qu'environ un patient de plus de 50 ans sur trois a des signes histologiques de cancer prostatique avec jusqu'à 80 % de ces tumeurs limitées en taille et en grade et clini-

## I Billet du mois

quement non significatives. Prenant en compte le fait que l'évolution d'un tel cancer est le plus souvent très lente et que les moyens thérapeutiques à proposer une fois le diagnostic porté ne sont pas dénués de plusieurs risques, un tel dépistage a une balance bénéfico-risque controversée, y compris par le dosage du PSA chez le sujet asymptomatique, et ce d'autant plus qu'il est âgé. Ainsi, en 2012, la Haute autorité de santé (HAS) a rendu un avis stipulant que le dépistage du cancer de la prostate par le PSA a un "intérêt non démontré, même chez les hommes avec des facteurs de risque. Comme elle l'avait conclu pour la population générale en 2010, la HAS considère qu'il n'existe pas de preuve de l'intérêt du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA chez les hommes sans symptôme considérés comme à plus «haut risque»".

**>>> Le temps de devancement d'un événement musculaire** lié aux statines par un dosage des CPK est inconnu. Ainsi, le taux de CPK peut être normal la veille de la survenue d'un événement musculaire. De ce fait, la surveillance régulière des CPK n'a pas d'utilité pratique dans cet objectif. Le dosage des CPK reste nécessaire en cas de symptômes musculaires dans une démarche qui n'est plus de dépistage, mais de diagnostic, c'est-à-dire rattacher un symptôme à une potentielle souffrance musculaire.

#### 4. L'acceptation par le sujet

Faire un dépistage justifie que le patient soit informé de l'utilité et des conséquences d'une telle démarche. Il ne suffit pas de dire "Je vais demander tel examen pour vérifier si vous n'avez pas telle maladie" pour que la démarche soit acceptée parce qu'elle aurait été présentée selon un cadre qui la justifie.

Ainsi, par exemple, en reprenant le cas du dépistage du cancer de la prostate, la HAS précisait en 2012 : "Améliorer l'information des hommes pour parvenir à une décision éclairée. Dans ce contexte

*d'incertitudes, la HAS insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate afin que chaque homme puisse choisir de se faire dépister ou non en connaissance de cause."*

Et ici, l'art médical est difficile et rencontre les limites de la raison. En continuant avec l'exemple du cancer de la prostate, il semble donc justifié de ne pas le dépister chez une personne asymptomatique, notamment au-delà de 70 ans. Il y a en effet une forte probabilité de le détecter et le risque est alors de proposer un traitement qui puisse entraîner impuissance ou incontinence urinaire alors que le cancer n'aurait spontanément pas ou très lentement évolué. Combien de patients initialement asymptomatiques, n'avons-nous entendu dire regretter d'avoir été traités pour donner suite à un dosage du PSA ? Inversement, même si ce cas est plus rare, eu égard à la latence de la maladie, que dirait un patient chez lequel il est découvert à 75 ans un cancer de la prostate évolué et chez lequel un dépistage n'aurait pas été fait préalablement ? En matière de dépistage, comme le propose la HAS, la bonne démarche est probablement de présenter les avantages et risques au patient, tout en sachant qu'il est souvent difficile d'accepter d'avoir un cancer, ou d'avoir peut-être un cancer, et de "ne rien faire".

Le dépistage du cancer de la prostate pose aussi deux autres problèmes. Sa latence, comme celle de ses complications, est le plus souvent telle que l'effet sur l'espérance de vie d'un tel cancer est probablement faible chez un grand nombre de personnes qui en sont atteintes. De ce fait, il est difficile de démontrer une réduction de mortalité dans le temps imparti pour la conduite d'un essai évaluant l'utilité du dépistage. Mais, si le plus souvent, ce cancer est asymptomatique et latent, sa prévalence est tellement élevée qu'il est en deuxième position des causes de mortalité par cancer chez l'homme.

Pour revenir à la cardiologie, en matière populationnelle, lorsqu'on mesure la pression artérielle ou que l'on dose le LDL-cholestérol, c'est dans l'objectif d'en diminuer le risque des complications qui leur sont associées, par l'application d'un traitement modifiant ces variables. Si ces démarches sont quotidiennes pour les cardiologues, elles n'en demeurent pas moins des mesures de dépistage et les principes sous-jacents sont ceux de toute démarche de dépistage. Ainsi, par exemple, la probabilité de trouver une hypertension artérielle au-delà de 70, voire 60 ans, est élevée et le risque CV associé à un LDL modérément élevé au-delà de ces âges est aussi élevé ce qui justifie le dépistage. Compte tenu des données d'évaluation des traitements de ces facteurs de risque, cette démarche justifiera, dans la grande majorité des cas, de proposer un traitement préventif de l'AVC et de l'infarctus du myocarde à un sujet asymptomatique parce que son risque est évalué comme élevé. S'il est démontré qu'à l'échelle populationnelle, ces stratégies sont clairement bénéfiques, en moins de 5 ans, à diminuer ces risques, à l'échelle individuelle, on ne sait pas dire si le traitement évite l'événement chez certains patients et pas chez d'autres (et alors lesquels ?) et ou s'il retarde la survenue de l'événement chez chacun.

#### ■ Le diagnostic

Le diagnostic est la démarche qui permet de faire entrer une anomalie alléguée ou objective dans un cadre, celui de la classification des états pathologiques chez l'homme. Ce qui différencie le cadre du diagnostic de celui du dépistage est l'existence d'une anomalie et non la probabilité de cette anomalie.

La démarche diagnostique suit un raisonnement algorithmique reposant sur diverses données (interrogatoire, examen clinique et examens complémentaires) permettant d'évaluer le degré de probabilité que l'anomalie soit en

rapport avec une maladie, c'est-à-dire qu'elle puisse s'intégrer dans une classification des états pathologiques. Et ce, même s'il est reconnu qu'une telle classification est tout à la fois subjective, imparfaite, évolutive et incomplète, comme toute classification.

Ici, une notion est intéressante à rappeler : celle, ou plutôt celles de la définition d'une maladie. En pratique, on peut considérer qu'une maladie a deux définitions, l'une est dite conceptuelle, l'autre opérationnelle. Ainsi, par exemple, la définition conceptuelle de la maladie athéromateuse est la modification de la paroi des artères par un processus particulier qui peut potentiellement induire une sténose ou une occlusion du vaisseau. La définition opérationnelle repose sur les critères à obtenir pour établir que les artères ont cette maladie, comme l'objectivation d'anomalie des parois par divers examens complémentaires permettant d'apprécier la morphologie des artères. Ces examens peuvent, avec une sensibilité et une spécificité variables, permettre le diagnostic d'une maladie athéromateuse. Ainsi, la maladie peut être définie par ce qu'elle est (définition conceptuelle) ou par ce qui permet de la reconnaître (définition opérationnelle). Et, parfois, il peut y avoir maladie sans outil pertinent permettant de la reconnaître.

La démarche diagnostique peut aboutir à diverses conclusions qu'il faudra alors formuler au patient :

– celle dite du diagnostic nul : au terme de la démarche entreprise et en l'état actuel de la science, les examens pratiqués n'ont fourni aucune conclusion évoquant une maladie. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas de maladie, mais soit celle-ci n'est pas encore définie nosologiquement, soit les moyens diagnostiques utilisés n'ont pas permis de la trouver. Quoiqu'il en soit, il y a une déviation par rapport à une norme ou une moyenne, il y a une anomalie ou un symptôme mais il n'y a pas d'élément patent permettant d'en proposer un éventuel traitement ;

– celle du risque de maladie : cette anomalie, qu'il reste possible de qualifier comme telle, indique une probabilité supérieure à la moyenne de maladie à venir. Cette conclusion place le médecin et le patient devant une incertitude, celle d'une probabilité plus ou moins grande d'avoir la maladie et donc celle d'une possible intervention préventive, mais aussi celle de la périodicité et des moyens du suivi ;

– celle de la maladie avérée : au terme de la démarche, la probabilité de la présence d'une maladie est suffisamment grande pour permettre d'affirmer cette présence.

## ■ Le traitement

En médecine, le traitement a une valeur symbolique puisque c'est à lui que revient la charge de prévenir, soulager ou guérir. De plus, s'il est ou paraît efficace, il symbolise aussi le fait que les étapes préalables ont été correctement conduites.

S'il ne peut être envisagé qu'après la démarche diagnostique, il doit avoir démontré qu'il modifie le cours évolutif du risque de maladie ou de la maladie. Plus encore pour le patient symptomatique, il doit avoir démontré qu'il soulage.

Dans l'absolu, un traitement ne devrait pouvoir être proposé que s'il a été évalué comme étant bénéfique dans le cadre de la prise en charge du facteur de risque ou de la maladie découverts au terme de la démarche diagnostique.

Le recours à un traitement n'est pas justifié s'il n'a pas démontré son efficacité dans le cadre pathologique pris en compte, mais aussi, pour reprendre un passage du livre de JC Sournia cité en épigramme : *“Un diagnostic nul entraîne l'absence de thérapeutique. Toute prescription de neuroleptiques, de tranquillisants, de vitamines, et tout emploi de ces substances sans justification médicale, sont des agressions égales qui menacent*

*le bon fonctionnement du corps puisque ce fonctionnement a été déclaré normal. Une menace médicamenteuse sur un corps sain est la plus haute expression de l'absurde, et pourtant l'emploi de certains produits éventuellement toxiques, comme les vitamines “pour le maintien en forme”, est une pratique courante”.*

## ■ Le suivi

Le quatrième grand cadre de l'exercice médical est devenu le lot commun de la médecine du XXI<sup>e</sup> siècle avec la chronicisation de nombreuses maladies : il s'agit du suivi. S'il s'applique aux malades, traités ou non, il peut aussi s'appliquer aux populations cibles d'un dépistage, qu'il soit de masse ou individuel. C'est le cas, par exemple, en population, de la périodicité du dépistage du cancer du sein ou du colon au-delà d'un certain âge, mais aussi en pratique courante de la mesure de divers biomarqueurs, tels la pression artérielle, le LDL cholestérol, la glycémie ou l'HbA1c.

Le suivi pose de nombreux problèmes faisant que ce cadre de la pratique devrait normalement conduire à des études d'évaluation concernant les moyens à utiliser et leur périodicité. Quelques-uns de ces problèmes seront envisagés dans les lignes qui suivent.

Dans ce domaine, les données scientifiques sont peu nombreuses et, hormis les cas des anévrismes et des valvulopathies, la pratique résulte le plus souvent d'un consensus et de choix individuels disparates, comme dans la maladie coronaire ou la fibrillation atriale, voire l'insuffisance cardiaque compensée et stable. Cela est-il dû à la relative récence des maladies devenues chroniques ? Au manque d'intérêt pour un aspect jugé peu valorisant de la pratique médicale ? Ou au manque de financement de l'évaluation de ce cadre de la pratique ?

Le suivi prend en compte la plupart des éléments cités aux chapitres précédents

## I Billet du mois

puisqu'il va reposer sur des examens qui, s'ils sont à ce stade qualifiés de surveillance, n'en demeurent pas moins des examens de dépistage : est-ce qu'il y a une modification d'un paramètre ou l'apparition d'un paramètre qui indique que la situation clinique a évolué ou est susceptible d'évoluer ? Quelle attitude adopter face à cette modification ? Faut-il faire une épreuve d'effort chez un coronarien chronique stable ? Et ce, tout en sachant que certains vont au-delà de cette question et se demandent s'il faut la faire "démaquillée" ou non. Comment prendre en compte le résultat d'une telle épreuve d'effort, quel qu'il soit, sachant la variabilité du résultat dès lors qu'il n'est pas franchement pathologique ? Une échocardiographie de stress ou une scintigraphie myocardique ont-elles plus de pertinence ? Et pour quelles conséquences pratiques ? Il est clair qu'il manque ici de données.

Les valeurs prédictives positives ou négatives des examens à proposer sont difficiles à évaluer pour plusieurs raisons tenant compte de l'évolution de la prévalence : si le patient a bien la maladie à laquelle seront appliqués les examens de dépistage, qualifiés ici d'examens de surveillance puisqu'il est suivi pour la maladie, quel est le profil évolutif de cette maladie sous traitement par rapport au risque d'une telle maladie chez un patient de même âge, asymptomatique et sans traitement ? Si les deux profils évolutifs sont identiques, par exemple, celui de deux patients de 70 ans, l'un sans maladie coronaire et l'autre ayant eu une angioplastie d'une unique lésion coronaire il y a 4 ans et dont les facteurs de risque ont été corrigés, le suivi du

deuxième, hors vérification de l'observance et de la correction persistante des facteurs de risque, doit-il être différent de celui du premier ? Et tout en sachant que, pour l'un comme pour l'autre, la prévalence de la plupart des maladies va augmenter au fil du temps ? Chez ce patient, avec ou sans maladie coronaire, la probabilité d'avoir un cancer est élevée : un dépistage du cancer colique n'est-il alors pas plus adapté que la réalisation d'une épreuve d'effort ?

Le suivi peut aussi être celui d'une anomalie détectée : quelle doit être la périodicité de suivi d'un patient ayant un bloc auriculoventriculaire du 1<sup>er</sup> degré, c'est-à-dire celle permettant de juger du moment adapté pour implanter un stimulateur cardiaque ? Aucun suivi et attendre le symptôme ? Ou, au-delà d'une certaine valeur de la durée de PR, envisager des examens rendant compte d'un risque élevé de BAV complet ? Par ailleurs, qui n'a pas eu dans sa patientèle une personne ayant un bloc de branche gauche, chez laquelle il n'y avait pas d'anomalie à l'échocardiographie initiale, et qui consulte un autre cardiologue 2 ans plus tard et se voit alors découvrir une fraction d'éjection à 35 % ? Cela justifie-t-il d'une échocardiographie périodique en présence d'un bloc de branche gauche et alors, avec quelle périodicité ?

On retrouve ici certains des principes du dépistage, mais appliqués aux moyens et à la périodicité du suivi d'une anomalie : si le dépistage cible une population considérée comme plus à risque de développer la maladie, le suivi cible une population considérée comme plus à risque de développer une complication

d'une maladie présente mais stable ou une évolution pathologique d'une anomalie constatée mais non encore rattachée à une maladie définie. Dès lors, il convient de proposer des examens ou un test particulier à intervalle régulier et pendant une durée déterminée. Le profil évolutif de plusieurs anomalies et de plusieurs maladies, une fois sous thérapeutique, est cependant encore mal connu pour permettre de guider la périodicité et les moyens de la surveillance.

Comme toute intervention médicale, et notamment comme pour le dépistage, la surveillance d'une personne ayant une maladie et traitée pour celle-ci doit être plus utile que nuisible. Pour certains, la surveillance fait partie de la prévention tertiaire dont les objectifs sont de réintégrer la personne dans une situation aussi proche que possible de la normale et de prévenir une nouvelle évolution de sa maladie. La surveillance, comme trois autres cadres de la pratique médicale, doit aussi prendre en compte plusieurs dimensions de la personne : sa maladie, ses souhaits et son contexte social.

---

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : honoraires pour conférences ou conseils ou défraiements pour congrès pour et par les laboratoires : Alliance BMS-Pfizer, Amgen, Astra-Zeneca, Bayer, BMS, Boehringer-Ingelheim, Daiichi-Sankyo, Ménarini, Novartis, Novo-Nordisk, Pfizer, Sanofi-Aventis France, Servier.