

# Test 1, 2, 3

## *Les analyses trop nombreuses minent-elles la santé des patients et du système?*

Margaret J. McGregor MD CCFP MHS<sup>c</sup> Danielle Martin MD CCFP

Les coûts des soins de santé augmentent au Canada et ce n'est pas principalement attribuable au vieillissement de la population. Les analyses en laboratoire comptent parmi les secteurs de la santé où les dépenses connaissent les hausses les plus rapides. Les tests de laboratoire ne sont pas gratuits. McGrail et ses collaborateurs ont récemment démontré qu'en Colombie-Britannique (C.-B.), 174 millions \$ de plus ont été dépensés en analyses de laboratoire et en imagerie en 2005 et 2006 par rapport à 1996 et 1997<sup>1</sup>. Une autre étude de recherche signale une augmentation de 37,4 % en tests de laboratoire durant cette période (S. Sivananthan et collaborateurs, données non publiées, 2012). Ces statistiques tiennent même compte du vieillissement de la population et de l'inflation.

Le recours excessif aux analyses est un sujet relativement peu étudié, et les taux d'usage abusif varient selon le test en cause et selon l'étude<sup>2,3</sup>. Par ailleurs, en tant que médecins, nous savons que bon nombre des décisions de faire subir des tests sont prises dans le cabinet du médecin de famille<sup>4</sup>. Van Walraven et ses collaborateurs ont constaté que les médecins de famille en Ontario avaient 7 fois plus l'habitude que les spécialistes de prescrire de nouvelles analyses potentiellement redondantes pour mesurer l'hémoglobine, le sodium, la créatinine, la thyrotropine, le cholestérol total, la ferritine et les taux d'hémoglobine A<sub>1c</sub><sup>5</sup>.

### Les motivations du recours accru aux tests

**«L'accélération» du dépistage préventif.** Les guides de pratique clinique nous conseillent de faire un dépistage plus précoce pour détecter des maladies occultes. Par exemple, l'âge recommandé dans les lignes directrices de la C.-B. durant les années 1990 pour faire un bilan lipidique chez les personnes autrement en bonne santé était de 45 ans pour les hommes et 55 pour les femmes. En 2008, le guide a été révisé et recommandait le début du dépistage chez les hommes de plus de 40 ans et les

femmes de plus de 50 ans<sup>6</sup>. Ce simple changement mis en application dans la population de la C.-B.<sup>7</sup> ajoute potentiellement 343 400 tests de dépistage du cholestérol. Parmi les personnes qui ont passé ces tests, on estime que 17 % des hommes en santé et 13 % des femmes en santé<sup>8</sup> auront des résultats élevés\*, ce qui entraînera des tests de cholestérol pour suivre la progression ou la résolution du problème avec le temps.

Malheureusement, il est difficile d'estimer les bienfaits que la recommandation apportera. Aux États-Unis, 3 internistes ont récemment publié un livre sur le sujet et font remarquer que nous travaillons fort pour trouver un problème parce que nous croyons que le diagnostic précoce et les interventions subséquentes améliorent la santé<sup>9</sup>. Les auteurs soulignent que dans bien des cas, les études sur lesquelles nous nous fions pour répondre aux questions visant à savoir si le diagnostic et l'intervention sans délais améliorent véritablement la santé se servent de substituts aux vrais résultats à mesurer, comme des améliorations au même test qui a servi à «diagnostiquer» la maladie en premier lieu. Ils font aussi remarquer que la détection d'une maladie sous-clinique peut aussi causer des préjudices, notamment un étiquetage erroné du problème et un traitement inapproprié, et peut faire se sentir «malades» des personnes autrement bien<sup>9</sup>.

Ce qui importe peut-être encore plus, c'est que les comités responsables des lignes directrices qui présentent de telles recommandations ne semblent pas prendre en considération la rentabilité, les coûts de substitution et les préjudices possibles des décisions d'élargir les directives sur le dépistage. Par exemple, dans la même ligne directrice recommandant de dépister à un plus jeune âge les maladies cardiovasculaires, on ne mentionne rien sur le ratio coût-efficacité de cette approche<sup>6</sup>.

**«L'accélération» du diagnostic.** Non seulement dépistons-nous au moyen de tests plus nombreux à un plus jeune âge, mais notre définition des maladies change aussi. Il y a 10 ans, une personne avait un diagnostic de diabète si sa glycémie à jeun était de plus de 7,8 mmol/l<sup>10</sup>. Aujourd'hui, la même personne est jugée diabétique si sa glycémie à jeun est de plus de 7,0 mmol/l<sup>11</sup>, créant ainsi une «épidémie» de nouveaux patients atteints du diabète. Les guides de pratique

\*Nos estimations se fondent sur les taux de prévalence tirés de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire auprès d'hommes et de femmes âgés de 35 à 54 ans qui n'avaient pas de maladies cardiovasculaires ni d'hypertension, mais avaient des ratios élevés de cholestérol total par rapport au cholestérol de lipoprotéines de haute densité<sup>8</sup>.

recommandent que tous les patients diabétiques fassent mesurer 2 fois l'an leurs niveaux d'hémoglobine A<sub>1c</sub> et, une fois par année, leur taux de protéines dans l'urine ou leur ratio albumine-créatinine et leur profil lipidique<sup>11</sup>. Il est facile de comprendre combien l'élargissement des critères du diagnostic du diabète peut se traduire par des hausses considérables des analyses en laboratoire.

De plus, les guides de pratique nous disent que des seuils différents s'appliquent pour l'hypercholestérolémie chez les personnes diabétiques<sup>12</sup>. Il y a 5 ans, les lignes directrices disaient que les personnes diabétiques devraient essayer d'atteindre des taux de lipoprotéines de basse densité de moins de 2,5 mmol/l. Aujourd'hui, le seuil recommandé pour les personnes ayant un diabète de type 2 est passé à moins de 2,0 mmol/l<sup>11</sup>. Cela se traduit inévitablement par un plus grand nombre de patients qui prennent des médicaments pour atteindre cet objectif. Une fois qu'une personne commence à prendre un agent hypolipidémiant, les lignes directrices nous conseillent la mesure des lipides au bout de 6 à 8 semaines (ou après tout changement dans la pharmacothérapie) et, par la suite, aux 6 à 8 mois<sup>11</sup>. On recommande aussi des tests pour mesurer la créatine kinase et l'alanine aminotransférase dans le cadre du suivi continu de ceux qui prennent des «statines». Ainsi, souvent, des décennies avant qu'il soit même probable qu'une personne montre des symptômes de la maladie, nous leur donnons un diagnostic qui les oblige à subir de 2 à 4 tests par année.

En C.-B., on a connu une hausse de 13,9 % par année dans les taux de traitement de 8 maladies chroniques, au-delà de ce à quoi on aurait pu s'attendre compte tenu des caractéristiques démographiques changeantes (S. Sivananthan et coll. données non publiées, 2012). Ou bien les résidants de la C.-B. deviennent rapidement plus malades ou encore cette hausse de la prévalence est le reflet de ce que Welch et ses collègues décrivent comme «regarder de plus près» ou «changer les règles»<sup>9</sup>. Ils calculent qu'en faisant passer le diagnostic de cholestérol «élevé» de 6,2 mmol/l à 5,2 mmol/l, il en résulte une hausse de 82 % dans le nombre de personnes qui reçoivent un «diagnostic» de dyslipidémie, ce qui représente plus de 4,3 millions de personnes aux États-Unis<sup>9</sup>.

Pour compliquer encore la situation, les médecins de famille dans de nombreuses régions sont maintenant payés pour faire un «meilleur» travail dans la prise en charge des maladies chroniques, y compris en prescrivant plus de tests. De 2009 à 2010, la C.-B. a payé environ 38,5 millions \$ en incitatifs financiers aux médecins de famille pour améliorer leur prise en charge de 4 maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque congestive, hypertension et maladies pulmonaires obstructives chroniques)<sup>13</sup>. De tels programmes encouragent inévitablement notre enthousiasme à tester, à diagnostiquer et à traiter plus de personnes atteintes de ces problèmes. Sivananthan et ses

collègues estiment qu'environ le tiers de l'augmentation des coûts des tests est attribuable à la conformité des médecins aux guides de pratique clinique pour 8 maladies chroniques, dont la majorité vient d'une surveillance accrue au moyen de tests (S. Sivananthan et coll., données non publiées, 2012).

**Les demandes des patients.** À tout cela viennent s'ajouter les demandes fréquentes des patients de subir des tests spécifiques. C'est particulièrement difficile en cette époque de «diagnostic sur Google» ou quand d'autres fournisseurs de soins ont recommandé ces tests (p. ex. naturopathe, physiothérapeute ou cardiologue). La recherche sur l'utilisation d'Internet fait valoir qu'il y a une association positive dans certains groupes de patients entre les recherches dans Internet et des visites plus fréquentes<sup>14,15</sup> et plus longues<sup>16</sup> chez le médecin. Notre temps est limité, le prochain patient attend, et l'argumentation prend du temps et crée un malaise. Dans nos propres pratiques, nous acquiesçons souvent aux demandes du patient de passer des tests, que nous le jugions approprié ou non, et nous soupçonnons que bon nombre de nos collègues font de même. Les patients qui viennent demander des tests veulent habituellement «juste être rassurés».

Quel est le prix de cette tranquillité, fois après fois, multiplié au fil des ans et par 33 millions de patients canadiens? Kale et ses collègues ont récemment signalé que l'une des activités inutiles les plus fréquentes aux États-Unis était l'ordonnance d'une formule sanguine lors d'un examen médical général, dont le coût annuel estimé s'élève à 32,7 millions \$ (IC à 95 %, de 23,9 millions \$ à 40,8 millions \$)<sup>17</sup>.

**La psychologie du médecin.** En tant que médecins, nous sommes formés pour régler des problèmes et nous craignons les conséquences d'omettre de le faire. Des diagnostics plus précoces et des traitements plus vigoureux s'harmonisent bien avec notre autodéfinition de combattants de la maladie et nous frémissons tous à l'annonce de la décision d'un tribunal en faveur d'un patient contre son médecin qui n'a pas détecté un cancer de la prostate par un test de l'antigène prostatique spécifique<sup>9</sup>.

L'avènement de tests de plus en plus sophistiqués nous aide aussi à éviter ce qu'il y a de plus important et difficile en médecine familiale: aider nos patients à vivre avec l'incertitude. Avec les patients souffrant de douleurs chroniques, par exemple, ou ayant des symptômes inexplicables, probablement bénins mais néanmoins désagréables, les tests nous accordent du temps, pendant que nous attendons que le corps se guérisse de lui-même ou que se déclare une pathologie grave. Parce que les tests sont à notre portée, nous les utilisons comme une espèce de thérapie, en donnant l'espoir aux patients que nous trouverons une explication à leurs

symptômes au lieu d'admettre que nous ne savons pas et que nous pourrions ne jamais trouver la cause du problème. Les tests peuvent ne pas contribuer au diagnostic ou au traitement, mais ils nous font croire (ainsi qu'aux patients) que nous «agissons». De plus, certaines données probantes associent de plus hauts niveaux de satisfaction du patient avec des dépenses plus élevées en santé<sup>18</sup> (confirmant notre impression que les patients sont plus contents quand nous «faisons quelque chose» lorsqu'ils nous consultent).

## Appliquer les freins

L'un des plus grands défis pour nous en tant que médecins de famille, c'est de comprendre quand et comment ne pas prescrire des tests.

Au niveau le plus élevé, il faudrait une évaluation plus large des guides de pratique clinique. Une telle évaluation doit être faite par une équipe où sont représentés les stratégestes et les économistes de la santé en plus des médecins de famille, des autres spécialistes, des patients et du public. Il faut discuter des données probantes à l'appui de mesures significatives des résultats (p. ex. admissions, réadmissions, décès, qualité de vie du patient) et ne pas se limiter simplement à un examen des tests substitués ou à la mesure des processus. Il faut aussi une évaluation économique complète des recommandations dans les lignes directrices et une prise en compte des préjudices possibles aux individus et au système dans son ensemble.

Avant tout, on devrait peut-être débattre des coûts de substitution des décisions d'implanter des tests de laboratoire généralisés pour des personnes en santé, par rapport à ceux d'adopter des politiques axées sur la population, comme l'accès 24/7 à des installations communautaires de loisirs et au logement social ou à des soutiens gratuits à la cessation du tabagisme.

Les guides de pratique clinique ne devraient pas être adoptés avant qu'on ait tenu compte de ces facteurs.

Les tests et les analyses de suivi qui sont jugés moins bénéfiques ou qui ne valent pas en contrepartie le coût de substitution devraient être rayés de la liste. Un récent article dans le *New England Journal of Medicine* incitait les médecins à «revenir aux sources» et à poser leur diagnostic clinique sur l'anamnèse et l'examen physique<sup>19</sup>. Il faudrait pour ce faire du courage de la part des médecins et des patients, mais la nécessité est bien présente.

Il importe aussi d'inviter nos collègues spécialistes à discuter de la pertinence des tests et des variations possibles. Comme nos patients consultent souvent leur médecin de famille pour se faire rassurer à propos de symptômes donnés, nous demandons aussi une consultation pour nos patients à d'autres spécialistes pour être rassurés. Par ailleurs, de nombreux spécialistes se sentent obligés de «trouver Charlie» et de ne rien laisser de côté dans le diagnostic différentiel.

Enfin, certains ont proposé d'inscrire les coûts des services de santé dans nos dossiers électroniques, pour nous permettre de faire le suivi des coûts que nous générons en temps réel à chaque rencontre<sup>20</sup>. Il serait peut-être temps de mettre à l'essai cette approche de «panier d'épicerie».

Il est possible, et même fort probable, que certains tests améliorent suffisamment la santé des personnes pour valoir leurs coûts sociétaux. Par ailleurs, à moins d'avoir une discussion franche au sujet du coût des décisions de «diagnostiquer en amont» et de faire subir des tests de manière excessive, nous le faisons au péril de nos patients et de notre système de santé.

**D<sup>re</sup> McGregor** est professeure clinicienne agrégée au Département de la pratique familiale de la University of British Columbia et médecin de famille au Mid Main Community Health Centre à Vancouver. **D<sup>r</sup> Martin** est médecin de famille au Women's College Hospital de la University of Toronto, en Ontario.

### Remerciements

Nous tenons à remercier ceux qui nous ont fourni de précieux commentaires sur des versions antérieures de cet article: **Kimberlynn McGrail**, directrice associée du Centre for Health Services and Policy Research, **Saskia Sivananthan**, candidate au doctorat au Centre for Health Services and Policy Research et **D<sup>r</sup> Maurice McGregor** de l'Unité d'évaluation des technologies de la l'Université McGill.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

**D<sup>re</sup> Margaret McGregor**, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Department of Family Practice, Room 713, 828 W 10th, Vancouver, BC V5Z 1L8; téléphone 604 873-3666; télécopieur 604 875-5179; courriel [mrgret@mail.ubc.ca](mailto:mrgret@mail.ubc.ca)

**Les opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

### Références

- McGrail KM, Evans RG, Barer ML, Kerluke KJ, McKendry R. Diagnosing senescence: contributions to physician expenditure increases in British Columbia, 1996/97 to 2005/06. *Healthc Policy* 2011;7(1):41-54.
- Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med* 2012;172(2):171-8.
- Van Walraven C, Raymond M, Network of Eastern Ontario Medical Laboratories. Population-based study of repeat laboratory testing. *Clin Chem* 2003;49(12):1997-2005.
- Conseil canadien de la santé. *Decisions, decisions: family doctors as gatekeepers to prescription drugs and diagnostic imaging in Canada*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2010.
- Van Walraven C, Cernat G, Austin PC. Effect of provider continuity on test repetition. *Clin Chem* 2006;52(12):2219-28.
- Guidelines BC; Protocols Advisory Committee. *Cardiovascular disease—primary prevention*. Victoria, BC: BC Ministry of Health Services; 2008. Accessible à: [www.bcguidelines.ca/pdf/cvd.pdf](http://www.bcguidelines.ca/pdf/cvd.pdf). Accédé le 10 mars 2012.
- BC Stats [site web]. *Population projections. British Columbia—level population projections (May 2011)*. Victoria, BC: BC Stats; 2011. Accessible à: [www.bcstats.gov.bc.ca/StatisticsBySubject/Demography/PopulationProjections.aspx](http://www.bcstats.gov.bc.ca/StatisticsBySubject/Demography/PopulationProjections.aspx). Accédé le 9 octobre 2012.
- Perreault S, Dorais M, Coupal L, Paradis G, Joffres MR, Grover SA. Impact of treating hyperlipidemia or hypertension to reduce the risk of death from coronary artery disease. *CMAJ* 1999;160(10):1449-55.
- Welch HG, Schwartz I, Woloshin S. *Overdiagnosed—making people sick in the pursuit of health*. Boston, MA: Beacon Press; 2011.
- Organisation mondiale de la Santé. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé; 1999. Accessible à: [www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who\\_dmg.pdf](http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who_dmg.pdf). Accédé le 10 mars 2012.
- Guidelines BC; Protocols Advisory Committee. *Diabetes care*. Victoria, BC: BC Ministry of Health Services; 2010. Accessible à: [www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf](http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf). Accédé le 10 mars 2012.
- Guidelines BC; Protocols Advisory Committee. *Hypertension—detection, diagnosis and management*. Victoria, BC: BC Ministry of Health Services; 2008. Accessible à: [www.bcguidelines.ca/pdf/hypertension.pdf](http://www.bcguidelines.ca/pdf/hypertension.pdf). Accédé le 10 mars 2012.
- General Practice Services Committee. *Improving primary care in British Columbia*. Vancouver, BC: General Practice Services Committee; 2010. Accessible à: [www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/gpsc-ar-2010.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/gpsc-ar-2010.pdf). Accédé le 20 février 2012.
- Constant A, Peterson S, Mallory CD, Major J. *Research synthesis on cost drivers in the health sectors and proposed policy options*. Ottawa, ON: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2011.
- Fox S, Fallows D. *Internet health resources*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project; 2003.
- Helit PR. American oncologists' views of Internet use by cancer patients: a mail survey of American Society of Clinical Oncology members. *J Clin Onc* 2003;21(4):942-47.
- Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion in potential savings. *Arch Intern Med* 2011;171(20):1856-8.
- Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012;172(5):405-11. Cyberpub. du 13 février 2012.
- Palfrey S. Daring to practice low-cost medicine in a high-tech era. *N Engl J Med* 2011;364(11):e21.
- Brook RH. Do physicians need a shopping cart for health care services? *JAMA* 2012;307(8):791-2.