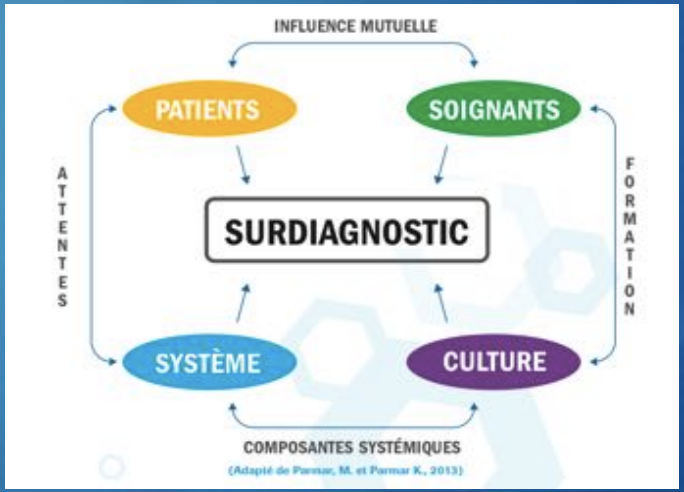
SURDIAGNOSTIC: comprendre et agir



Préparé par Dr Guylène Thériault
Médecin de famille, Médecin conseil en santé publique
Diplôme en « evidence-based healthcare » Oxford

AMQ
Médecins EN ACTION
ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

Conflits d'intérêt …

- Je n'ai aucune relation avec des intérêts commerciaux ou pharmaceutiques;
- Je n'ai aucun intérêt financier dans les produits ou tests discutés;
- Honoraires
- Plusieurs images ou diagrammes provenant de ces sources ont été traduites en français (traduction libre dont l'auteure de la présentation assume les erreurs potentielles)

EBM

PREVENTING OVERDIAGNOSIS

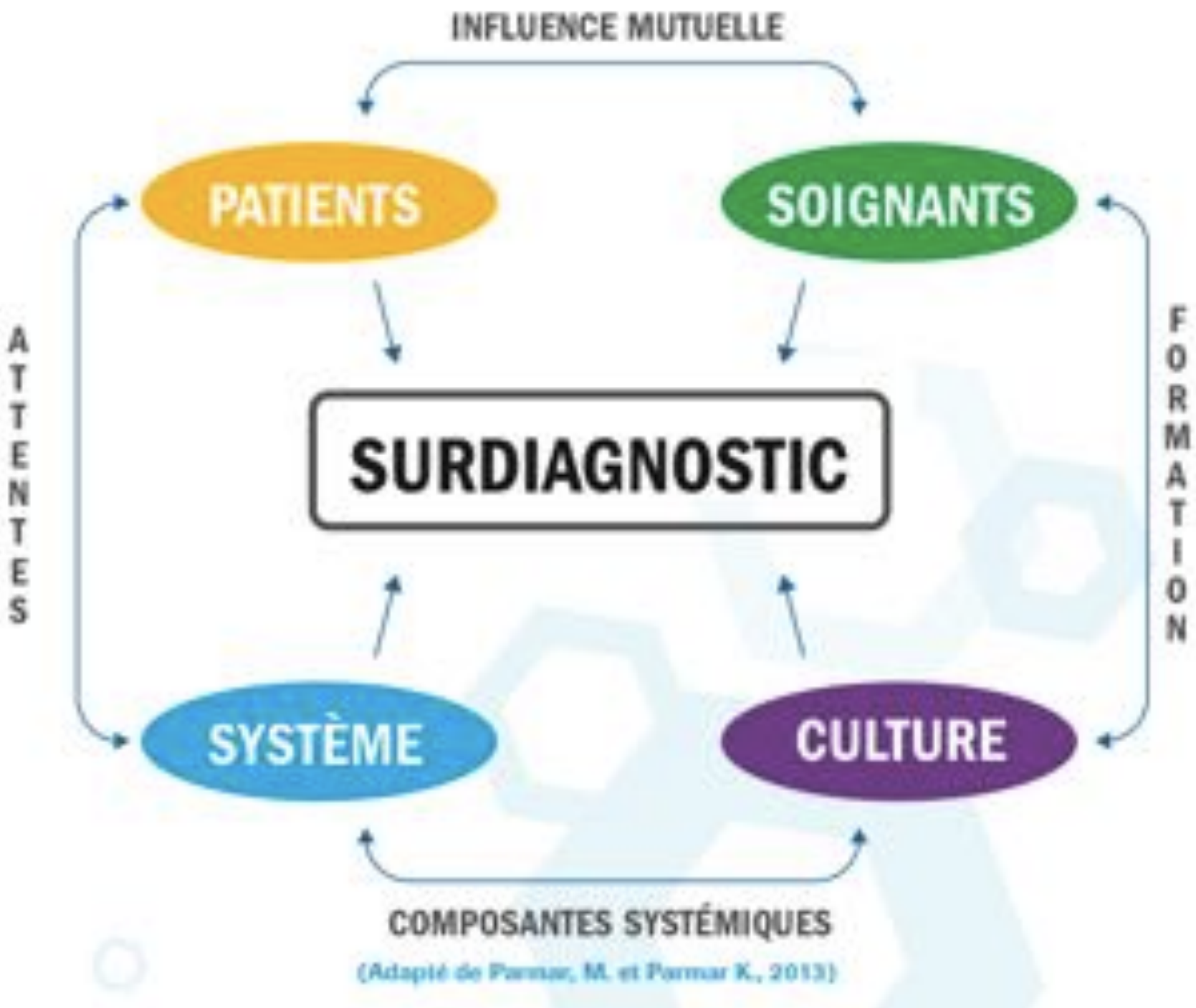
Winding back the harms of too much medicine

Choisir avec soin

Better Value HEALTHCARE

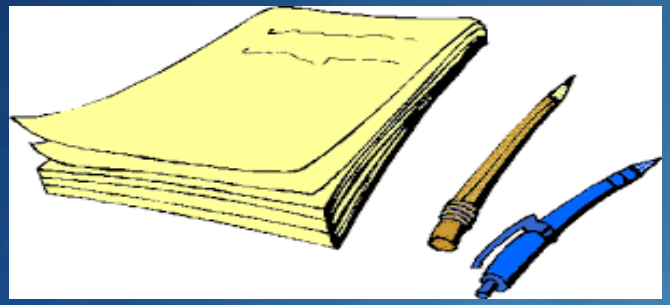
Value Based Healthcare

La décision partagée


INFLUENCE MUTUELLE
PATIENTS
SOIGNANTS
ATTENTES
FORMATION
SURDIAGNOSTIC
SYSTÈME
CULTURE
COMPOSANTES SYSTÉMIQUES
(Adapté de Parmar, M. et Parmar K., 2013)

SECTIONS

- 1- Définition du surdiagnostic : les différents aspects
- 2- Un peu de statistiques : pour mieux comprendre
- 3- Les biais en dépistage : dont celui du surdiagnostic
- 4-Le surdiagnostic en contexte: cancer du sein, de la prostate, maladies chroniques …
- 5- Le pourquoi, les conséquences et idées d'action
- 6- Conclusion



1- Le surdiagnostic c'est quoi ? DÉFINITION

J’ai l’impression que vous souffrez d’une flèche dans la tête, mais pour être certain j’ai vais demander certains tests.

TERMES

- **Surdiagnostic (overdiagnosis) :** vrai diagnostic
- **Surtraitement (overtreatment) :** peut découlé du surdiagnostic mais pas uniquement
- **Surutilisation (overuse) de tests ou de modalités thérapeutiques :** peut entrainer du surdiagnostic et du surtraitement mais aussi

  des faux positifs

  dépenses sans valeur; une cause de la sousutilisation (underuse)
- **Erreur de diagnostic (misdiagnosis) :** mauvais diagnostic

Définition

- Détection d'anomalies qui n'auraient jamais causé de symptômes
- Sur-diagnostic
  - Dépistage
  - **Plus de tests**

Par définition les gens qui sont sur-diagnostiqués ne peuvent pas être aidés par nos traitements, ils ne peuvent que subir un préjudice

Définition

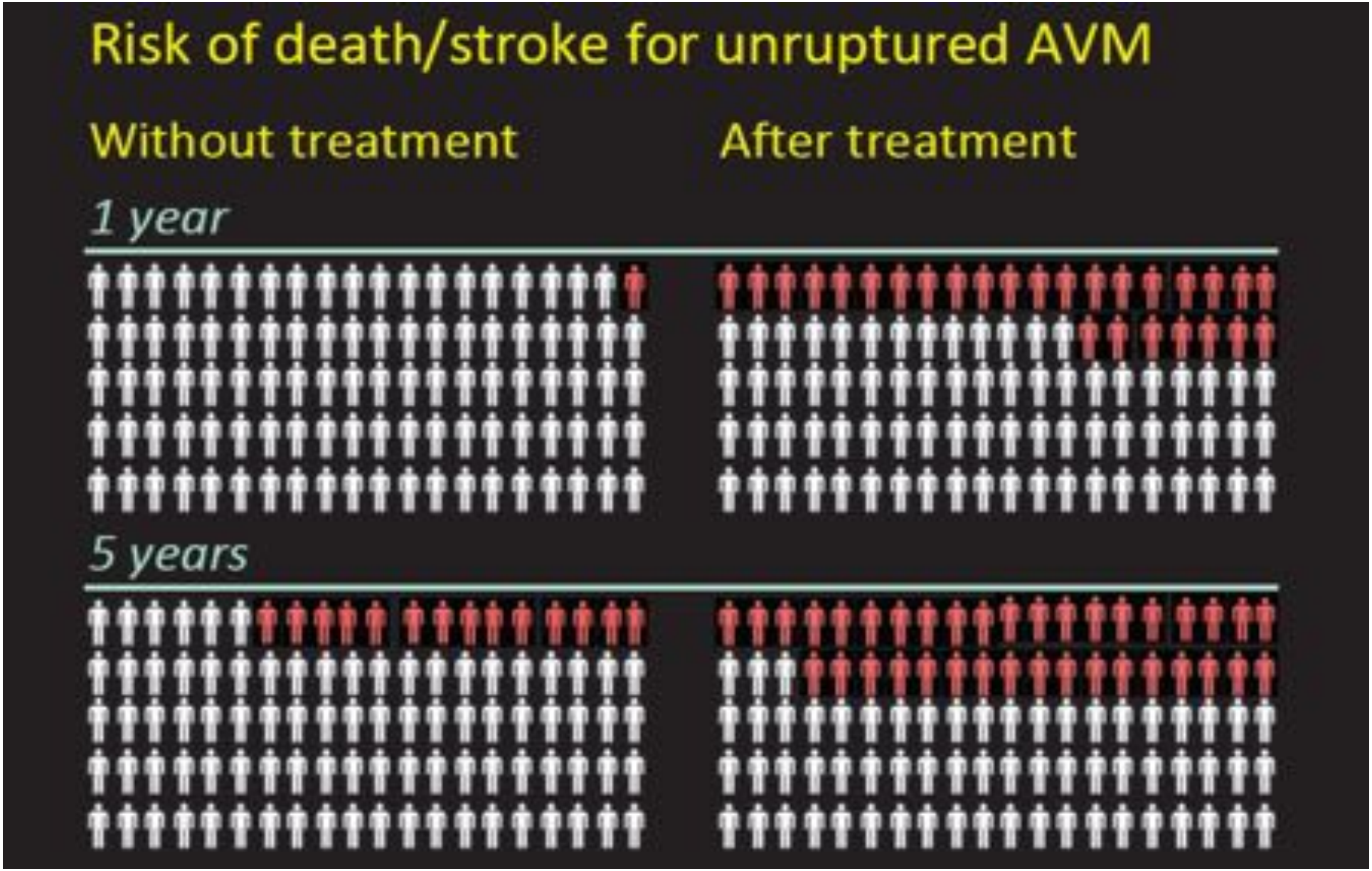
- Détection d'anomalies qui n'auraient jamais causé de symptômes
- Sur-diagnostic
  - Dépistage
  - **Plus de tests**
    - **Incidentalomes**

Par définition les gens qui sont sur-diagnostiqués ne peuvent pas être aidés par nos traitements, ils ne peuvent que subir un préjudice

1000 personnes ayant un CT SCAN, combien auront

	Anomalies suspectes	Cancers dangereux
Poumons (fumeurs)	500	36
Poumons (jamais fumé)	150	Moins de 1
Rein	230	Moins de 1
Foie	150	Moins de 1
Thyroide (écho)	670	Moins de 1

Welch Preventing overdiagnosis 2013 Darmouth



Rustam Al-Shahi Salman

2nd Preventing overdiagnosis 2014 conference

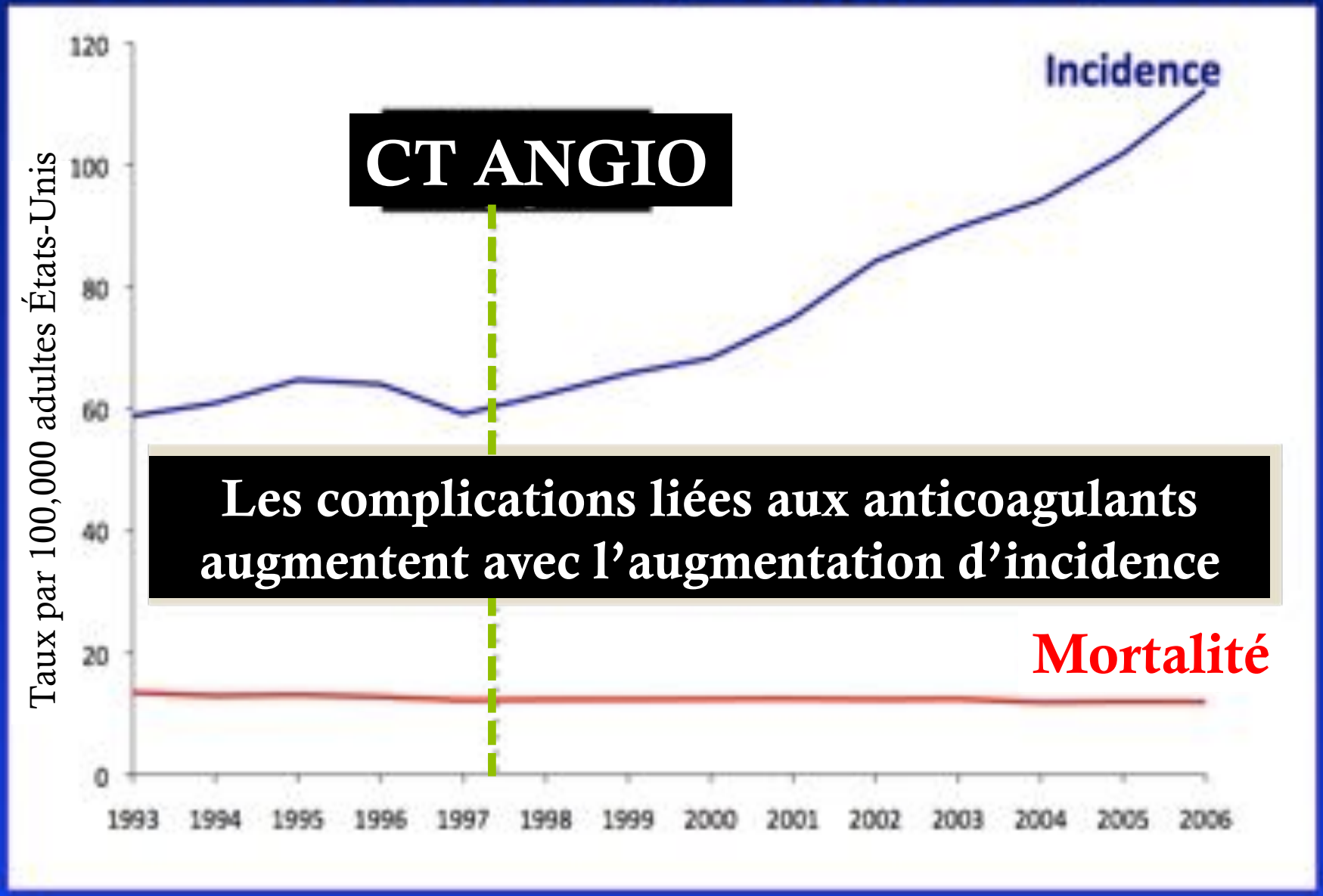
Neurology 2014 83:590-7, *JAMA* 2011;306:2011-9; *Lancet* 2014;383:614-21; *JAMA* 2014;311:1661-9

Définition

- Détection d'anomalies qui n'auraient jamais causé de symptômes
- Sur-diagnostic
  - Dépistage
  - Plus de tests
    - Incidentalomes
  - **Des tests plus performants**
    - **Non-maladies (sensibilité)**

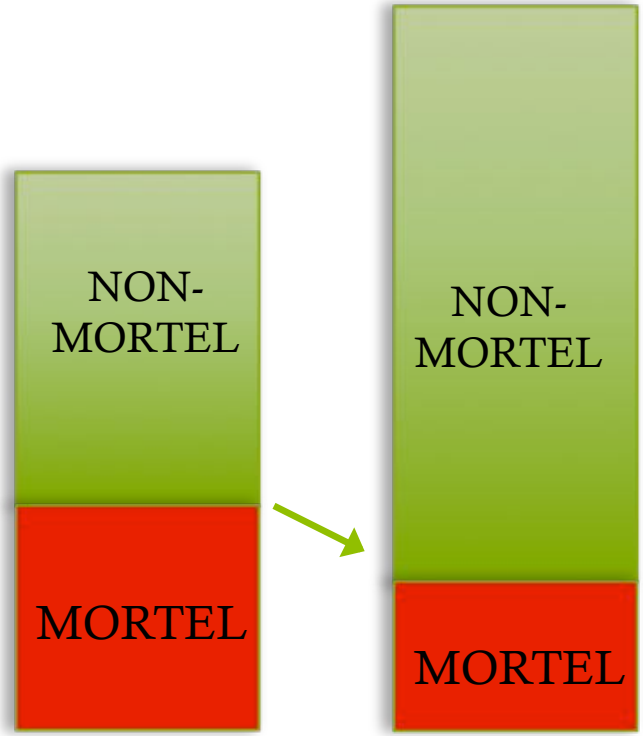
Par définition les gens qui sont sur-diagnostiqués ne peuvent pas être aidés par nos traitements, ils ne peuvent que subir un préjudice

Test plus sensible, plus de diagnostic, pas de différence dans la mortalité



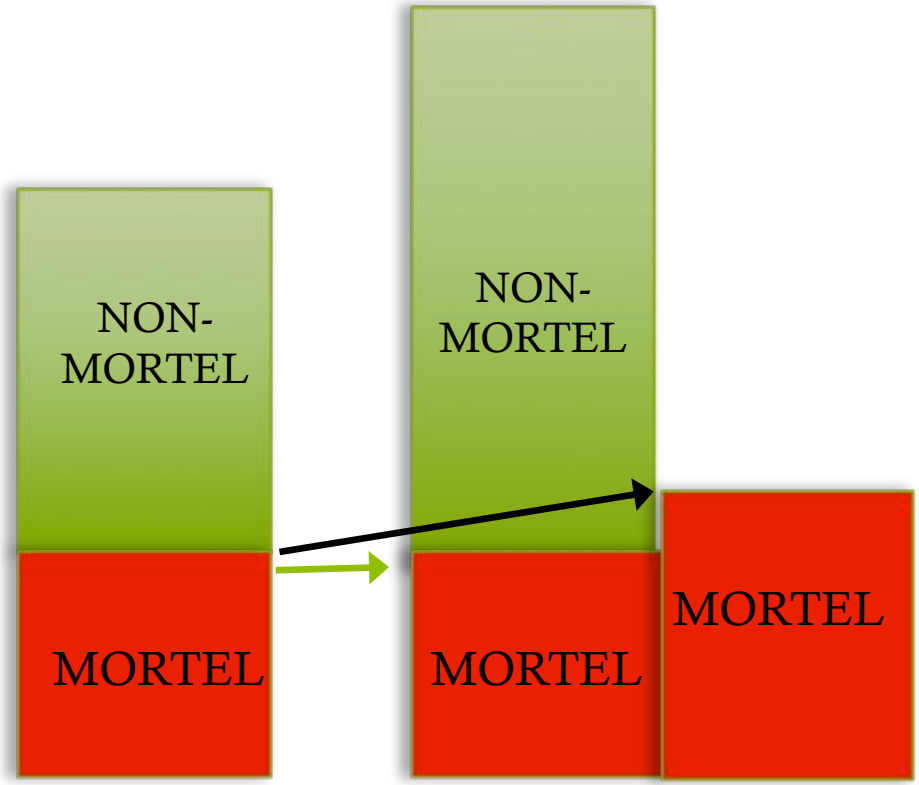
Arch Int Med 2011; May 9 171(9)

TEST PLUS SENSIBLE EFFICACE



↑ de l'incidence
AVEC ↓ de la mortalité

TEST PLUS SENSIBLE NON EFFICACE



↑ de l'incidence
SANS ↓ de la mortalité

Définition

- Détection d'anomalies qui n'auraient jamais causé de symptômes
- Sur-diagnostic
  - Dépistage
  - Plus de tests (incidentalomes)
  - Des tests plus performants
  - **Redéfinition de la maladie**
    - **Élargissement des critères diagnostic**
    - **Médicalisation de la normalité**
    - **Des facteurs de risque qui deviennent des maladies**

Une des causes du surdiagnostic: Le changement de critères

Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States

Raymond N. Moynihan[1*], Georga P. E. Cooke[1], Jenny A. Doust[1], Lisa Bero[2], Suzanne Hill[3], Paul P. Glasziou[1]

16 publications récentes ; **14 diagnostics communs**

10 / 16 recommande d'élargir les critères diagnostics

Aucune n'incluait une évaluation des risques potentiels de ces changements

<u>TYPES</u>

➔ Pré-maladies

➔ Changement des critères diagnostics

➔ Méthodes diagnostiques permettant un diagnostic plus précoce

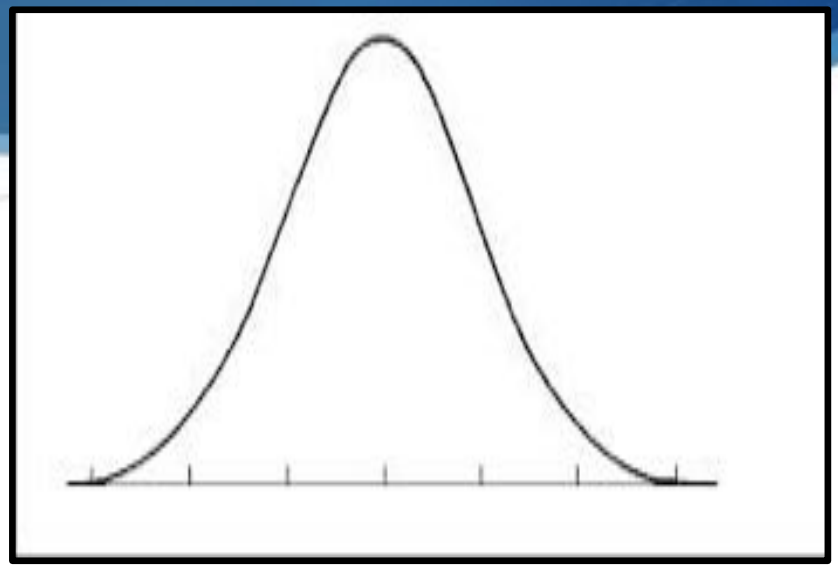
Définition

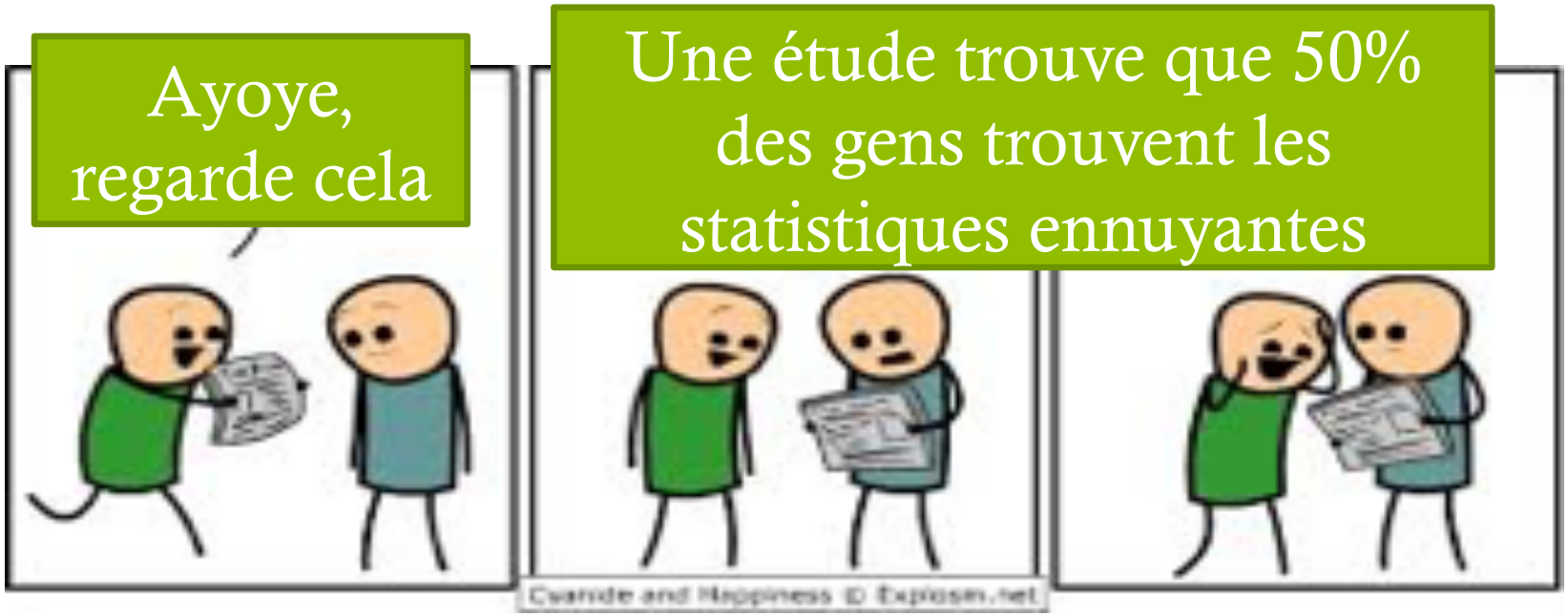
- Détection d'anomalies qui n'auraient jamais causé de symptômes
- Sur-diagnostic
  - **Dépistage**
  - **Plus de tests (incidentalomes)**
  - **Des tests plus performants**
  - **Redéfinition de la maladie**
    - **Élargissement des critères diagnostic**
    - **Médicalisation de la normalité**
    - **Des facteurs de risque qui deviennent des maladies**

Par définition les gens qui sont sur-diagnostiqués ne peuvent pas être aidés par nos traitements, ils ne peuvent que subir un préjudice

2-Un peu de statistiques

Pour mieux comprendre

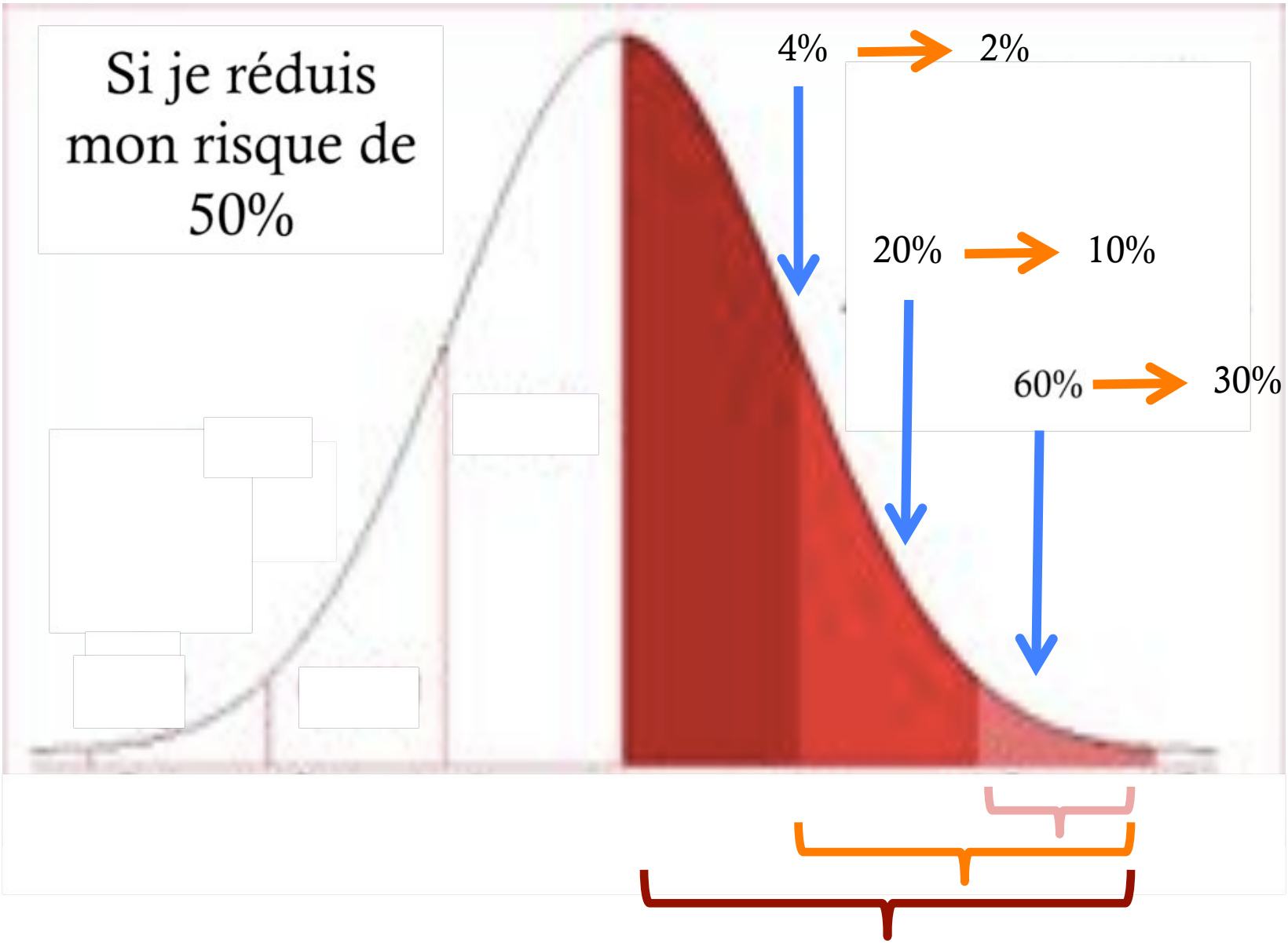


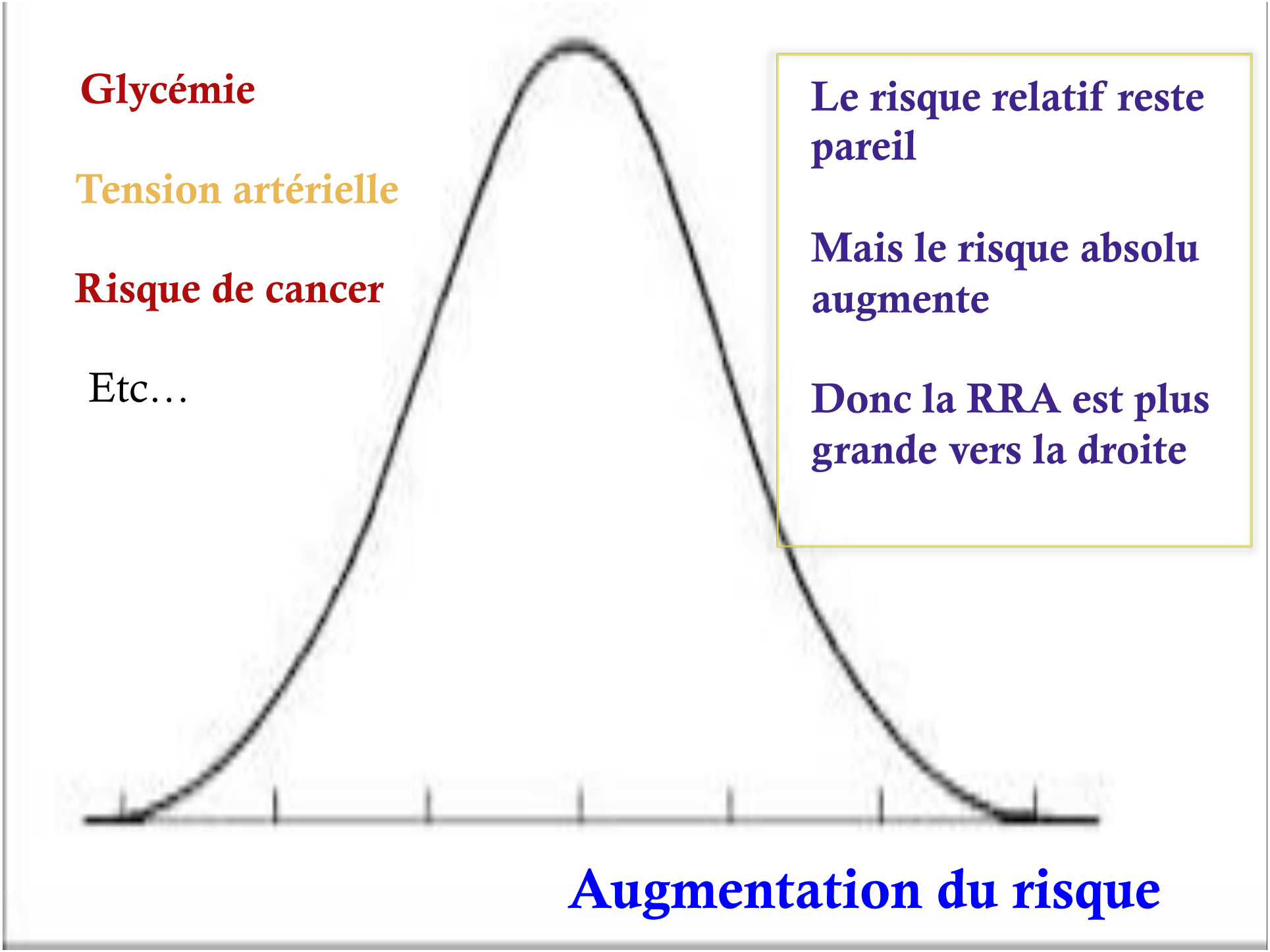

Ayoye, regarde cela
Une étude trouve que 50% des gens trouvent les statistiques ennuyantes
Cyanide and Happiness © Explosm.net

Un nouveau médicament fantastique

Que voulez-vous savoir?

Exemples Schwartz and Woloshin, Darmouth University


Si je réduis mon risque de 50%
4%
2%
20%
10%
60%
30%


Glycémie
Tension artérielle
Risque de cancer
Etc…
Le risque relatif reste pareil
Mais le risque absolu augmente
Donc la RRA est plus grande vers la droite
Augmentation du risque

Qu'est ce qui est le plus important ?

↓ De 30 % du cholestérol LDL

↓ De 30 % de la TA diastolique

POE (patient oriented evidence)

↓de 40 % du risque de décès — 5/1000 à 3/1000

↓de 40 % du risque de fracture — 500/1000 à 300/1000

↓mortalité de 8/1000 à 4 /1000

↓mortalité de 20/1000 à 16/1000

RRA: 4/1000

RRR: 50% vs 20%

(4/8) vs (4/20)

Beaucoup de R; un seul A

- RRR
- RRA

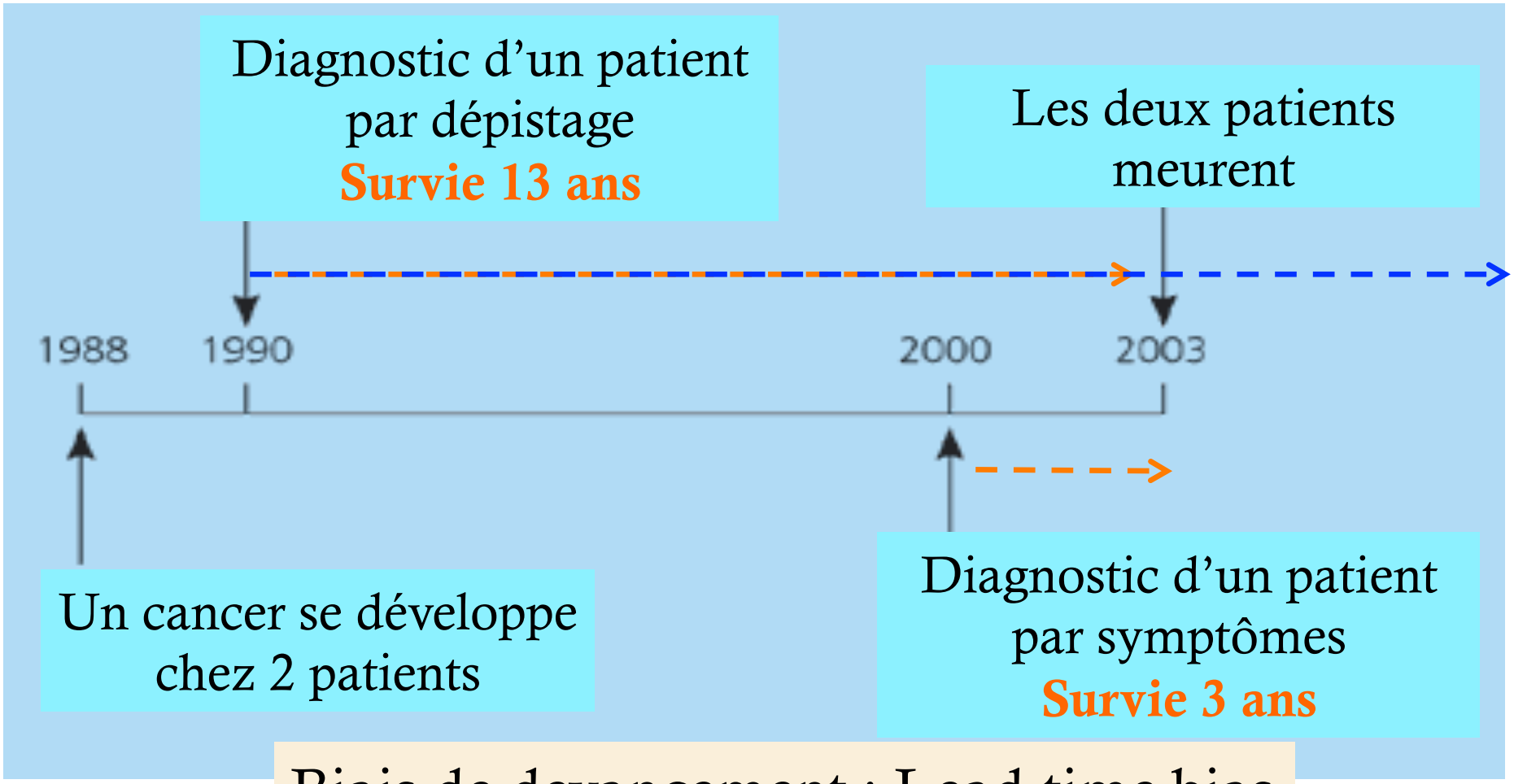
- Diminution ou augmentation: de quoi?
  - POE
- Pour bien peser les pour et contre

3- Les biais en dépistage

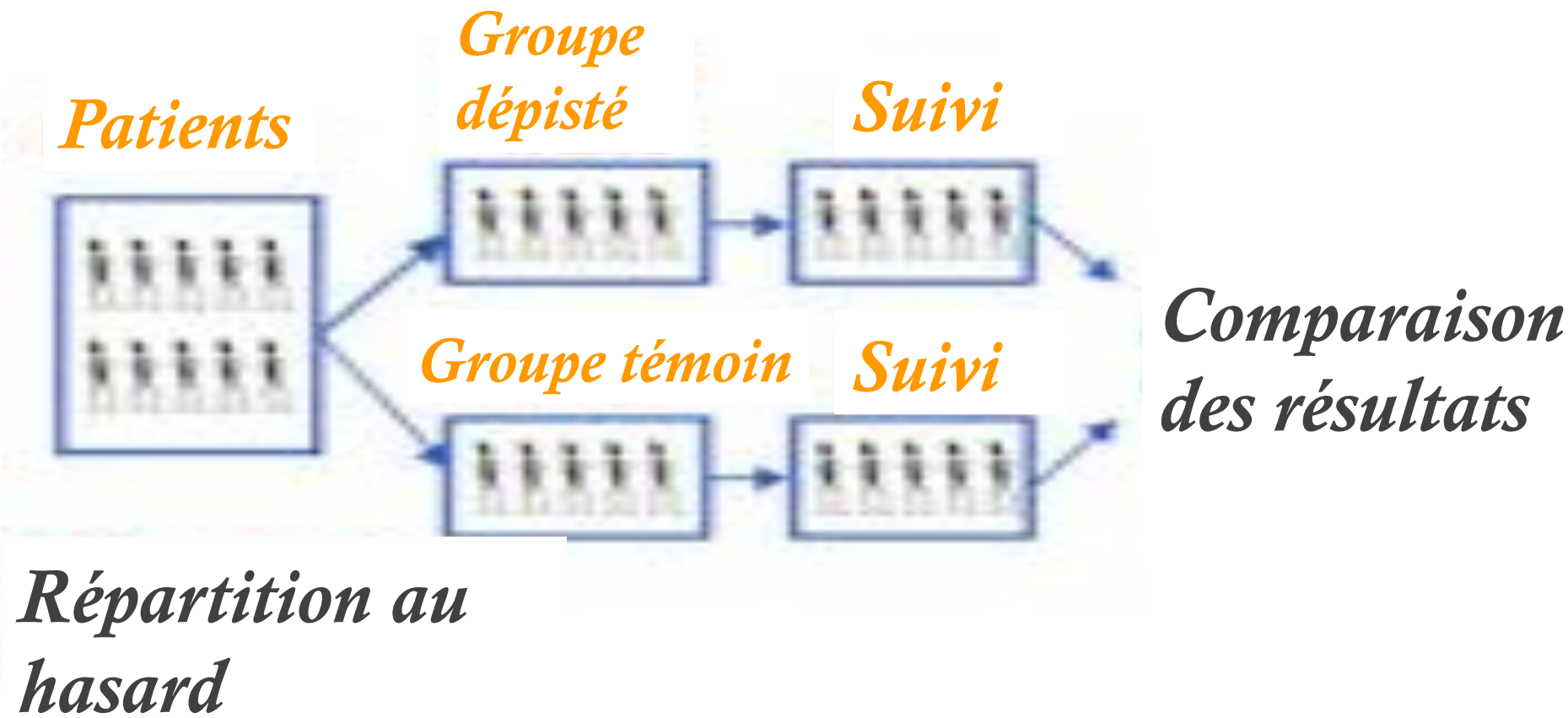
- Des pour et des contre
- Il faut peser les effets bénéfiques vs les effets potentiellement délétères
- Ce n'est pas toujours aussi clair que ça peut paraître à première vue

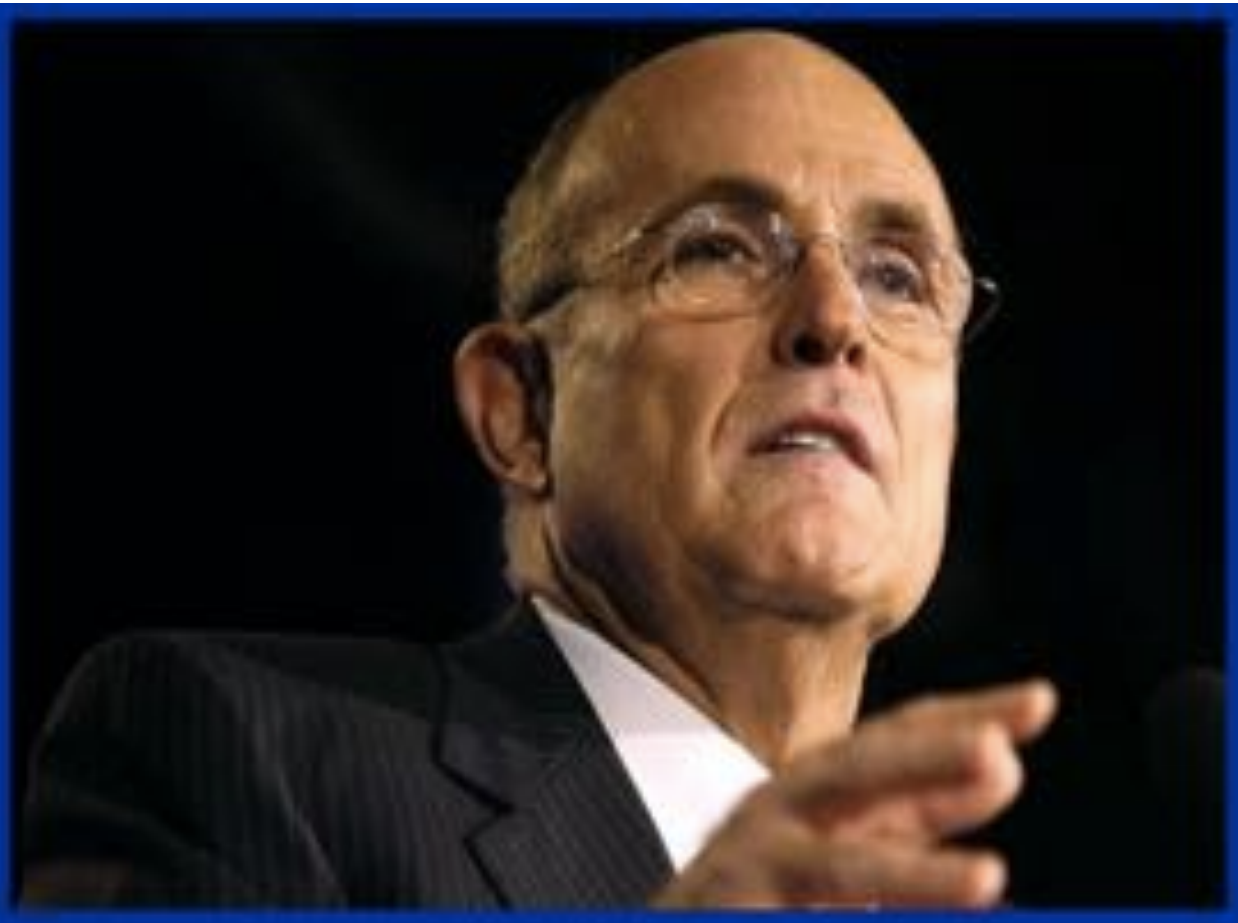
Pas nécessairement une vie plus longue

Le temps entre la découverte par dépistage et la découverte par symptômes cliniques



Biais de devancement : Lead-time bias

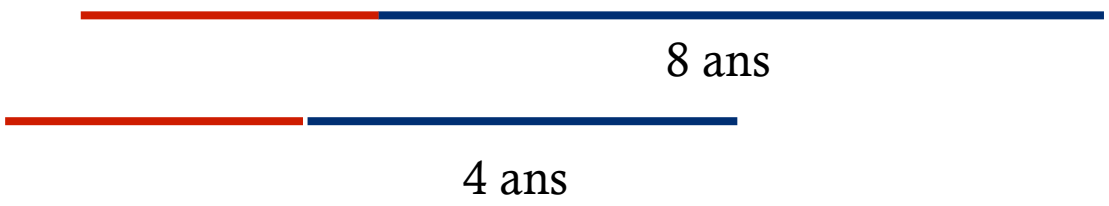

Patients
Groupe dépisté
Suivi
Groupe témoin
Suivi
Comparaison des résultats
Répartition au hasard



J'ai eu le cancer de la prostate il y a 5 ou 6 ans. Mes chances de survivre à un tel cancer aux Etats-Unis étaient de 82%. Et merci, je suis guéri. Si j'avais été en Angleterre mes chances n'auraient été que de 44%.

Rudy Giuliani, New Hampshire radio advertisement, October 2007

La survie à 5 ans



40%

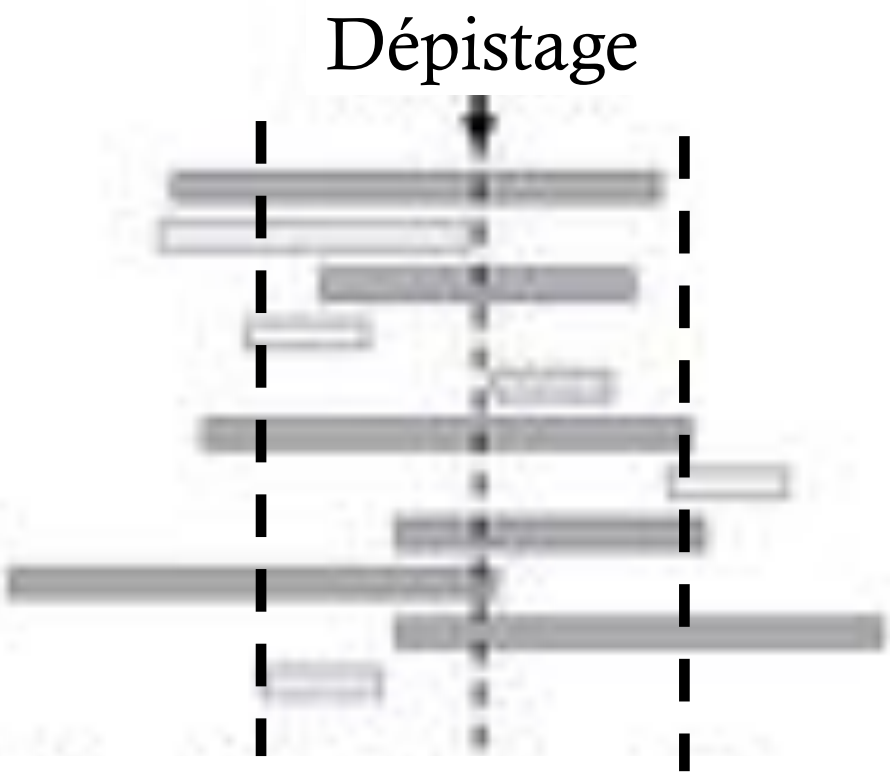
70%

Comment on évite ce biais?

1)Randomisation
2)Mesure de la mortalité et non de la survie
3)Mesure assez loin dans le temps

Biais de durée : Lenght-time Bias

Le dépistage a plus de chance de détecter des cancers avec une phase pré-clinique plus longue donc moins agressifs et avec un meilleur pronostic



Comment on évite ce biais?

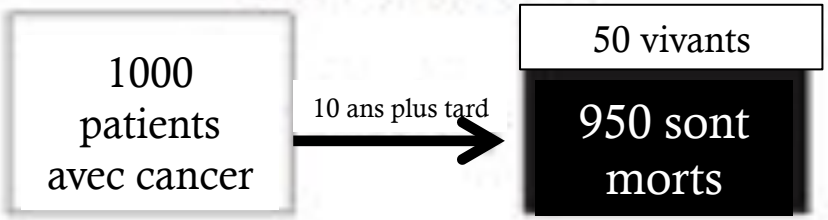
1)Randomisation

2)Mesure de la mortalité et non de la survie

3)Mesure assez loin dans le temps

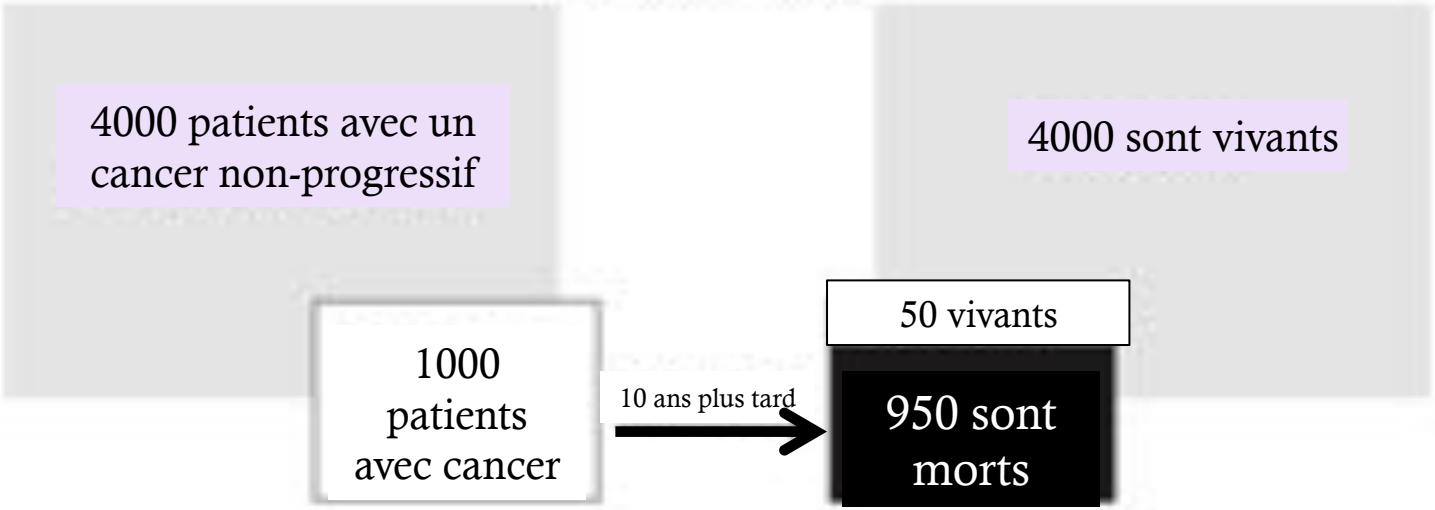
BIAIS DE SURDIAGNOSTIC

SANS dépistage



Survie à 10 ans 50/1000 = 5%

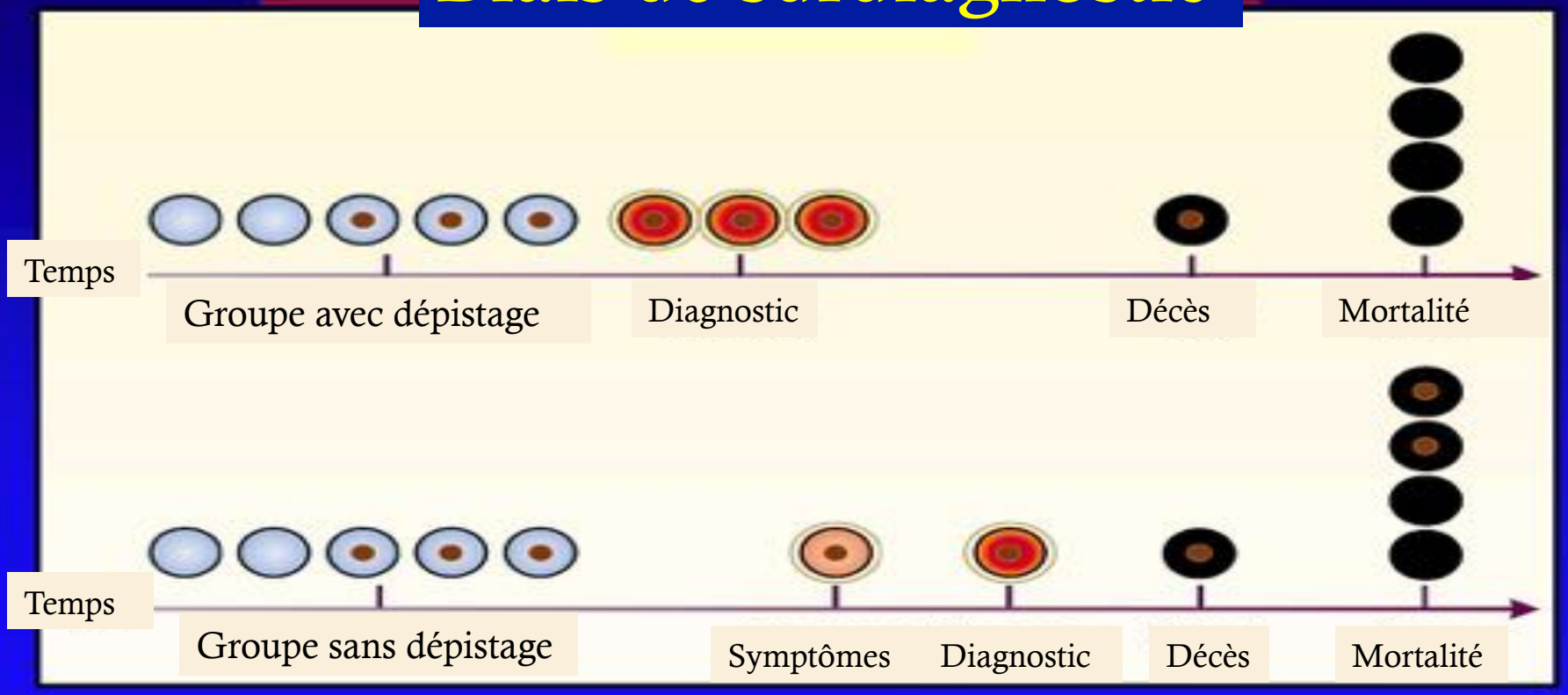
AVEC dépistage



Survie à 10 ans 4050/5000 : 81%

Welch. Overdiagnosis

Biais de surdiagnostic



Comment on évite ce biais?

La randomisation et la mesure de la mortalité et non de la survie pourrait éliminer ce biais …..MAIS

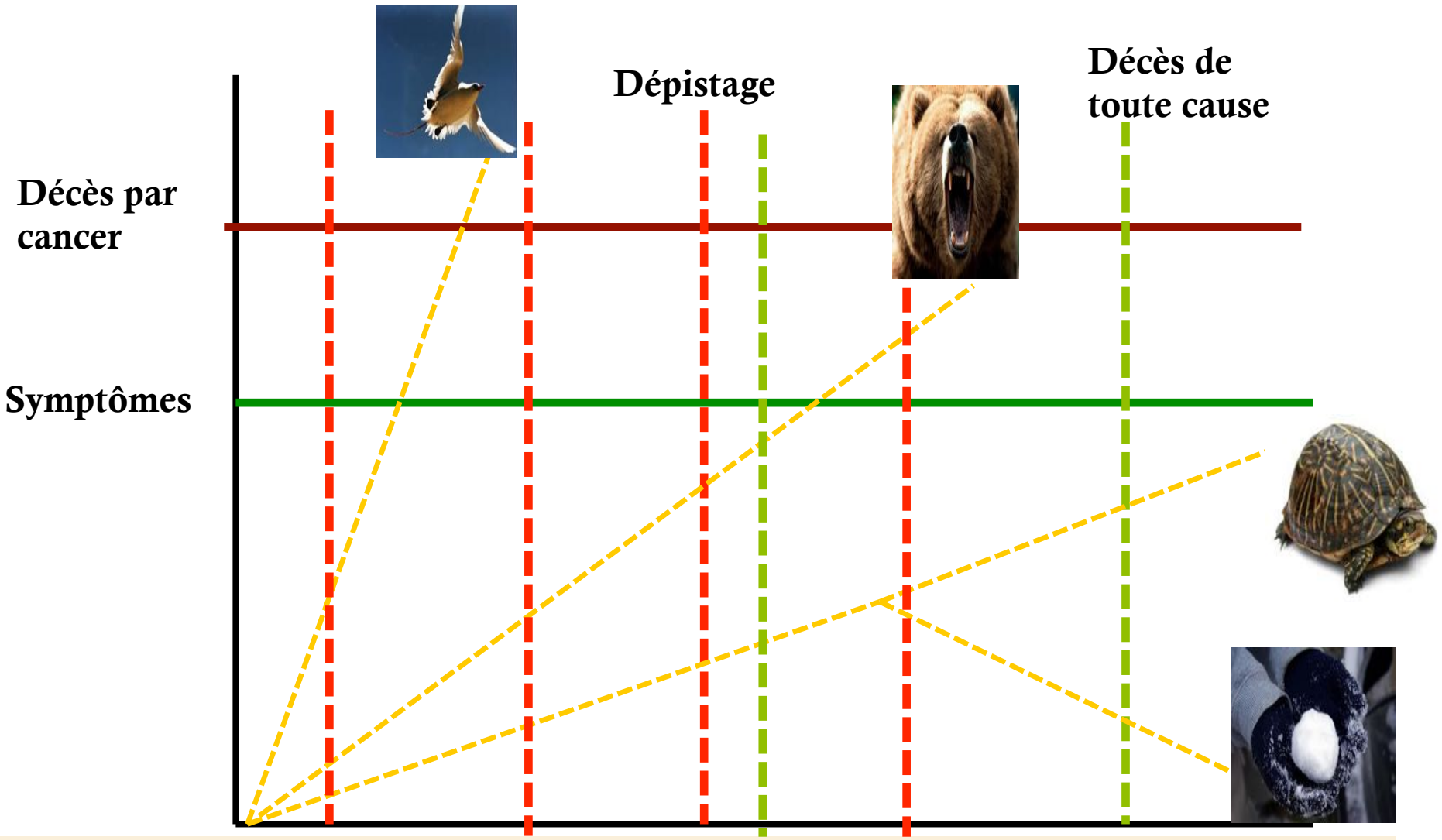
Il faudrait suivre tout le monde jusqu'à la mort

Donc on l'estime

Des boules de neiges, des tortues, des oiseaux et des ours

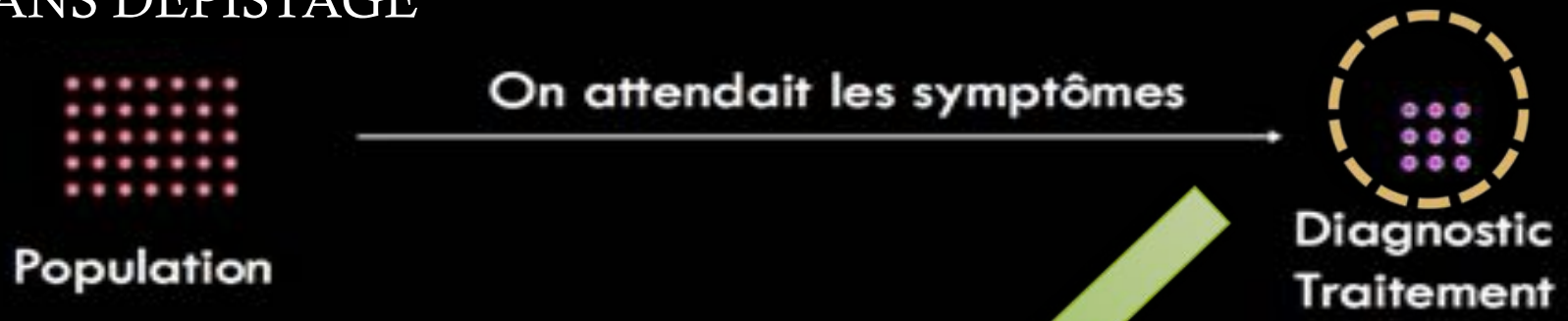
Surdiagnostic

Larry Halverson



1- Détection d'un cancer trop agressif pour qu'on puisse influer sur l'évolution
2- Détection d'un cancer non évolutif (qui n'aurait pas causé de symptômes)
3- Détection d'un cancer sur lequel on peut agir mais dans un moment de la vie où l'espérance de vie est trop courte pour en bénéficier

SANS DÉPISTAGE

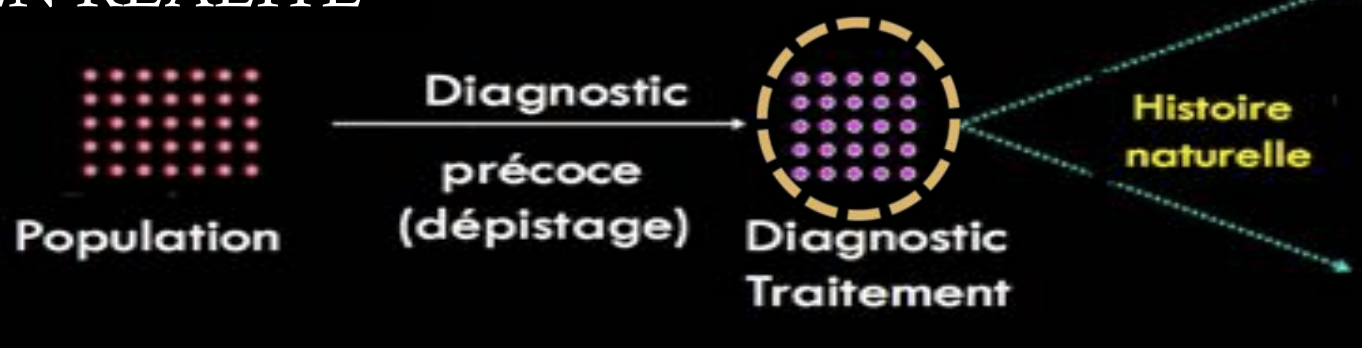


SITUATION IDÉALE

Tous destinés à avoir des symptômes

AVEC DÉPISTAGE

EN REALITE

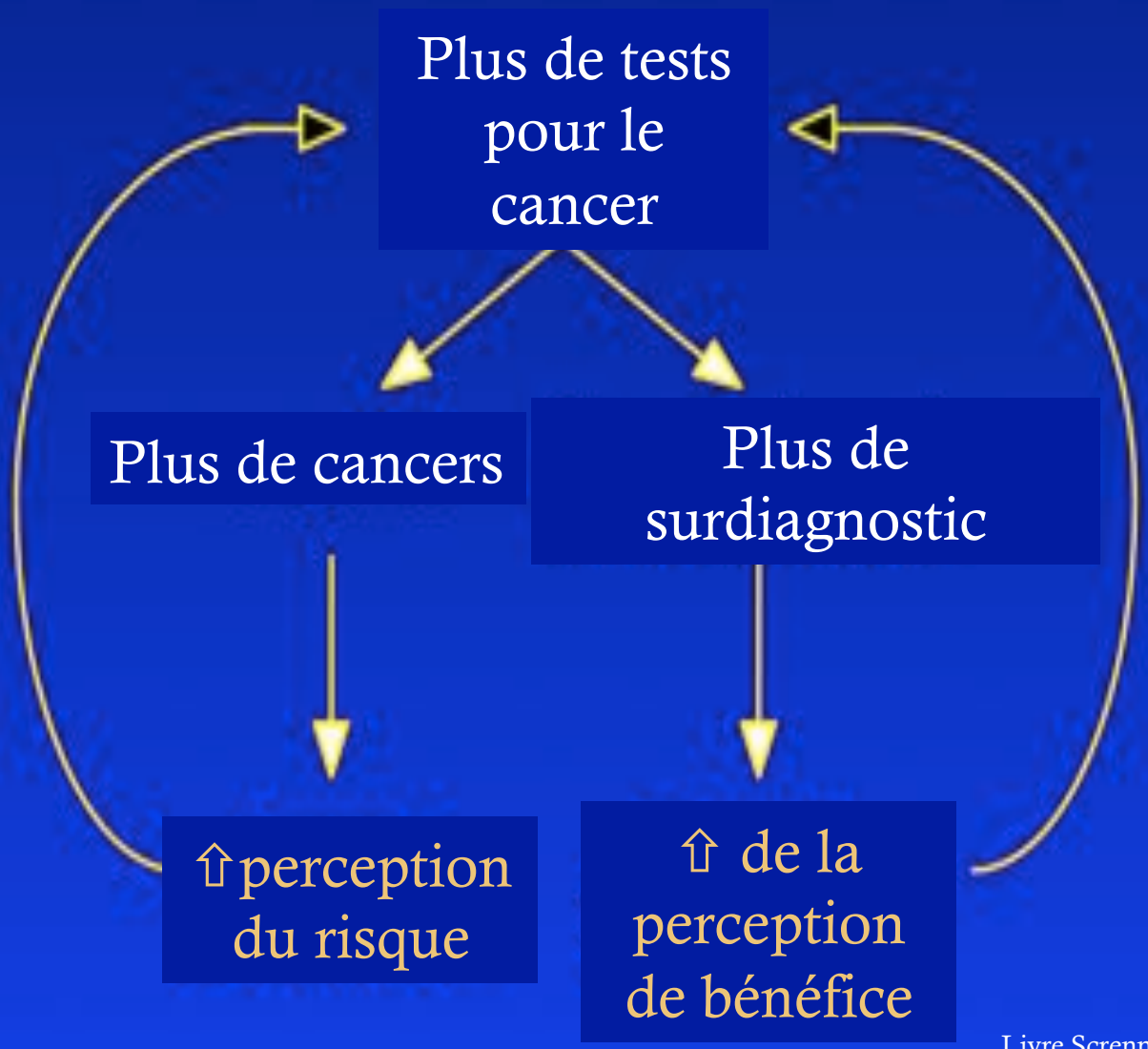


Destinés à avoir des symptômes

Serait demeurer asymptomatiques

Welch video

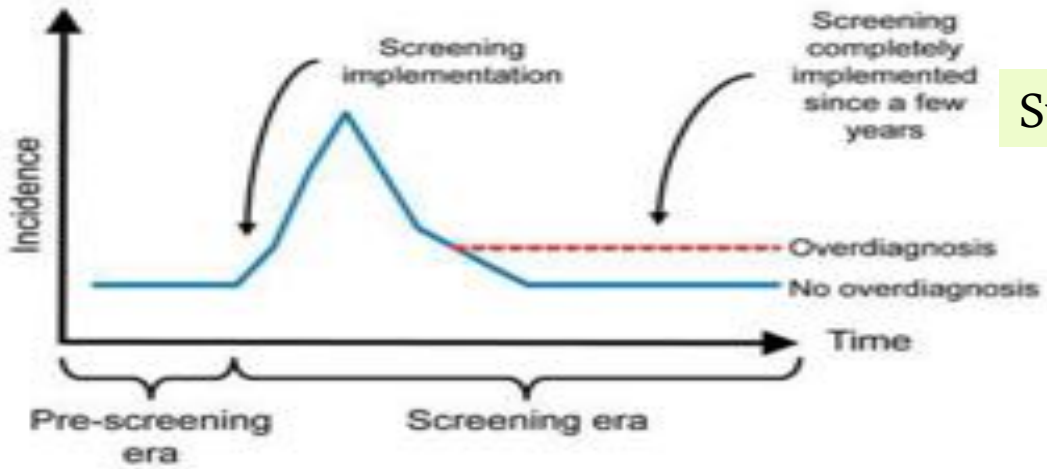
Cycle de renforcement par la popularité



Livre Screning: evidence and practice

Muir Gray & Angela Raffle

Comment le calculer



Swiss Med Wkly. 2015;145:w14060

Métanalyse sur le surdiagnostic dans les programmes de dépistage publics

52% de plus de cancers
(1/3)

35% de plus de cancers invasifs
(1/4)

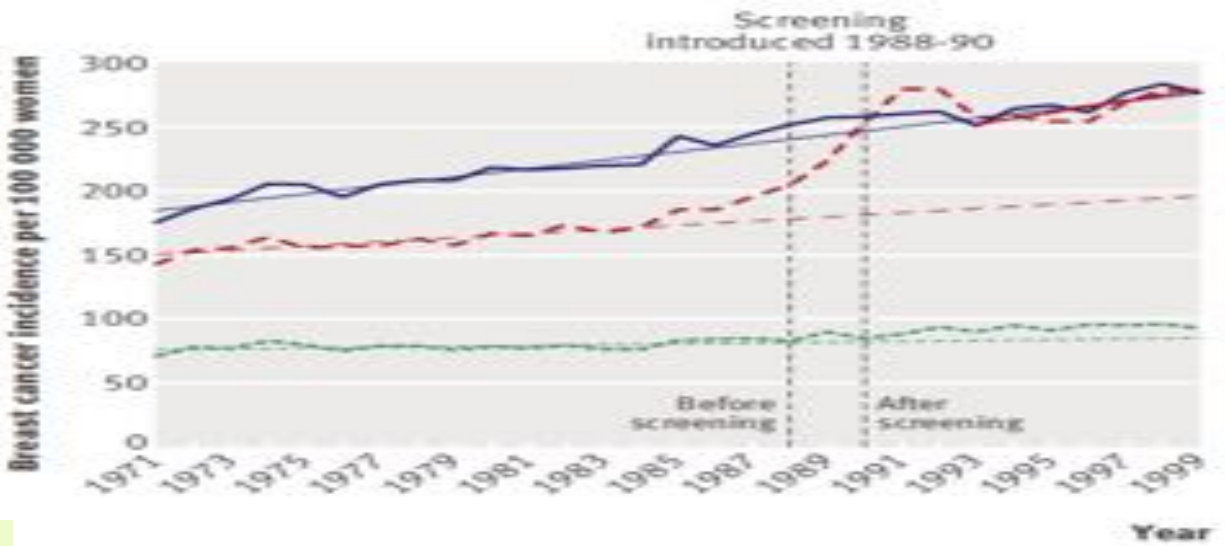
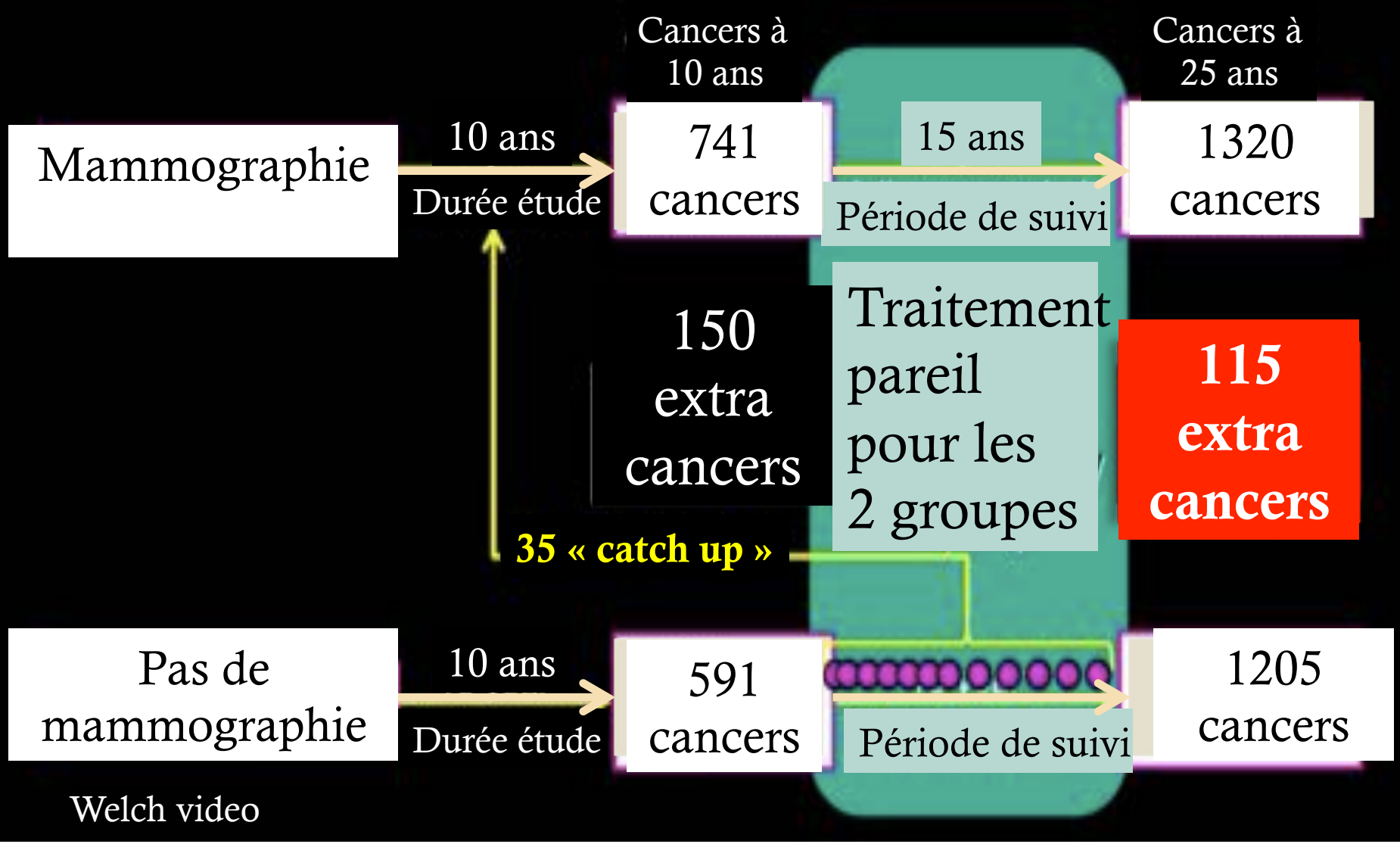


Fig 2 | Incidence of invasive breast cancer per 100 000 women in UK

BMJ339;b2587 (9 july 2009)

Étude de dépistage par mammographie Malmo



Welch video

Plus de tests, plus d'incidentalomes:

La majorité ne sont pas dangereux, les tests de suivi et les traitements peuvent l'être

Des tests plus sensibles augmentent le surdiagnostic:

Des tests plus sensibles trouvent des maladies moins sévères – les traitements peuvent causer plus de préjudice que la maladie

Changer les définitions de maladies en élargissant les critères crée des marchés:

On crée de plus en plus de patients qui sont de moins en moins susceptibles de bénéficier des traitements

Le dépistage est un choix:

Bénéfique pour certains mais cause des préjudices à d'autres. Le surdiagnostic est probablement la règle, pas l'exception

Changer les pratiques sera difficile:

Il faut se battre contre « plus tôt c'est mieux » et le « au cas ou »

4- LE SURDIAGNOSTIC en contexte

GRADE

- GECSSP
- Recommandations
  - Pour ou contre
  - Forte ou Faible

FORTE

La recommandation s'appliquerait à la majorité des individus. Il est peu probable que des outils décisionnels formels soient nécessaires pour aider les patients à prendre des décisions en accord avec leurs valeurs et leurs préférences.

FAIBLE

Nous savons que les choix peuvent différer en fonction des patients. Les cliniciens devraient aider chaque patient à prendre une décision relative à la gestion de son état en accord avec ses valeurs et ses préférences. Des outils décisionnels peuvent faciliter la prise de telles décisions.

Outils d'aide à la décision

IPDAS

* Des chiffres naturels, **un nombre naturel sur un nombre naturel** plutôt qu'un pourcentage ou un risque relatif;
* Utiliser **le plus petit dénominateur possible**;
* Utiliser **le même dénominateur pour les risques et les bénéfices**;
* S'assurer que les risques et les bénéfices se rapportent à la **même période de temps;**
* **Rendre transparentes les incertitudes** dans les connaissances, particulièrement sur la qualité des données scientifiques.

BMC 2013 http://ipdas.ohri.ca/resources.html

Effet sur le temps de consultation

Médiane : plus long de 2.55 minutes

Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane 2014

Your decision was: to take standard dose Bisphosphonates

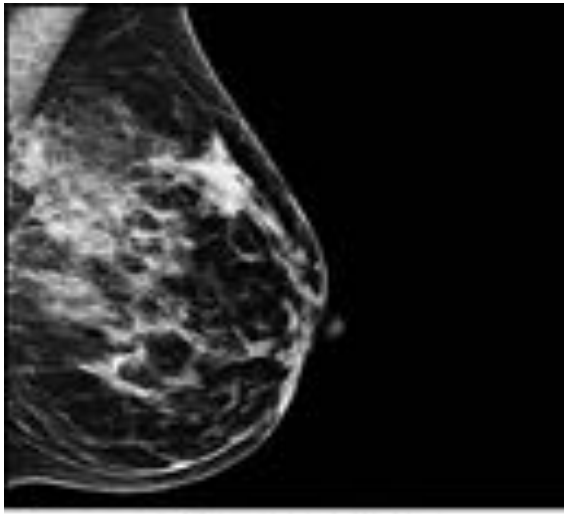
Mayo clinic DA

Mayo clinic DA

Your decision was: to take standard dose Bisphosphonates

Cancer du sein

Peut-on changer le cours de la maladie?
Une controverse



CMAJ November 22, 2011 vol. 183 no. 17

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
www.groupeetudecanadien.ca

Recommandations du GSCSSP concernant le dépistage du cancer du sein par mammographie

Population	Femmes âgées de 40 à 74 ans sans antécédents personnels ni familiaux de cancer du sein, mutation connue du gène BRCA1 ou BRCA 2 ni irradiation antérieure au niveau de la paroi thoracique.		
Fardeau de la maladie	Au Canada, en 2009, on a diagnostiqué environ 22 700 nouveaux cas de cancers du sein et enregistré 5 400 décès par cancer du sein. Les taux d'incidence et de létalité augmentent avec l'âge.		
Intervention	Mammographie (classique ou numérique) tous les 2 à 3 ans.		
Recommandations	Pour les femmes de 40 à 49 ans, nous ne recommandons pas le dépistage systématique. (Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne)	Pour les femmes de 50 à 69 ans, nous recommandons le dépistage systématique. (Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne)	Pour les femmes de 70 à 74 ans, nous recommandons le dépistage systématique. (Recommandation faible; données probantes de faible qualité)

FAIBLE

Nous savons que les choix peuvent différer en fonction des patients. Les cliniciens devraient aider chaque patient à prendre une décision relative à la gestion de son état en accord avec ses valeurs et ses préférences. Des outils décisionnels peuvent faciliter la prise de telles décisions.

Avantage absolu d'une mammographie de dépistage

Si nous voulions décrire les renseignements précédents en matière d'effects sur une seule femme, nous pourrions jeter un coup d'oeil à ce qui arriverait à 720 femmes plutôt que 100 000.

Dans le graphique ci-dessous, chaque point représente une femme (● = 1 femme)

Si l'on procédait au dépistage 720 femmes âgées de 50 à 69 ans courant un risque moyen de cancer du sein tous les deux ans pendent onze ans...

...environ 204 femmes seraient mal diagnostiquées (fausse mammographie positive) et devraient passer d'autres échographies mammaires...

...26 de ces femmes subiraient une biopsie pour ensuite recevoir la confirmation qu'elles n'ont aucun cancer du sein.

...au moins 4 femmes devraient se faire enlever une partie ou l'ensemble d'un sein inutilement et devraient traîner ensuite le fardeau du surdiagnostic.

...1 femmes échapperait à une mort attribuable au cancer du sein

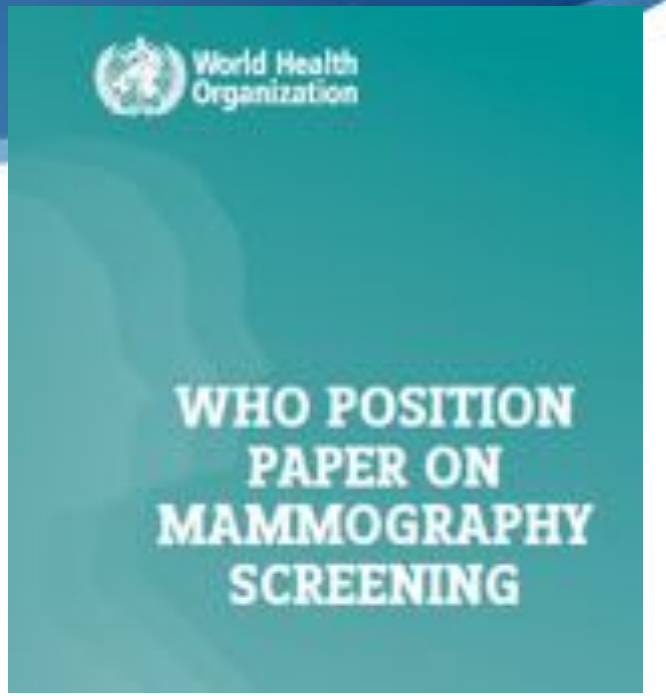
Pour plus d'information, visitez le site: http://www.canadiantaskforce.ca

Faux positifs: 204/720 en 11 ans (282/1000)

Surdiagnostic: 4/720 en 11 ans (6/1000)

Diminution de la mortalité de 1/720 en 11 ans (1.5/1000)

*** Il n'existe aucune étude ayant randomisé des femmes à un dépistage aux 2 ans pendant 20 ans**



1. Women aged 50–69 years

1.1 Well-resourced settings

In well-resourced settings, WHO recommends[1] organized, population-based mammography screening programmes for women aged 50–69 years if the conditions for implementing an organized programme specified in this guide are met by the health-care system, and if shared decision-making strategies are implemented so that women's decisions are consistent with their values and preferences. **(Strong recommendation based on moderate quality evidence)**

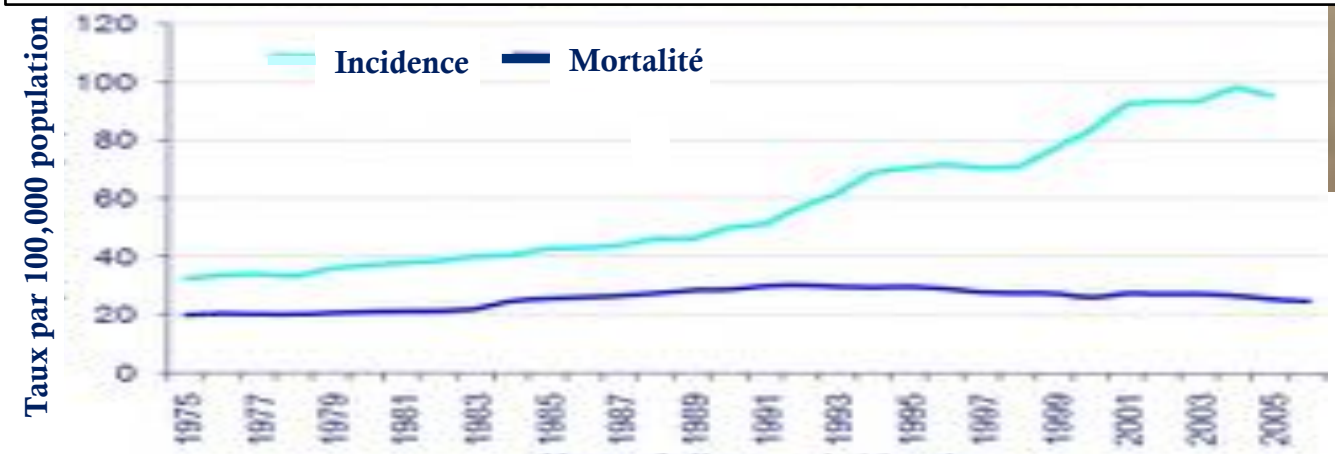
Cancer de la prostate

U.S. Panel Says No to Prostate Screening for Healthy Men
By GARDINER HARRIS

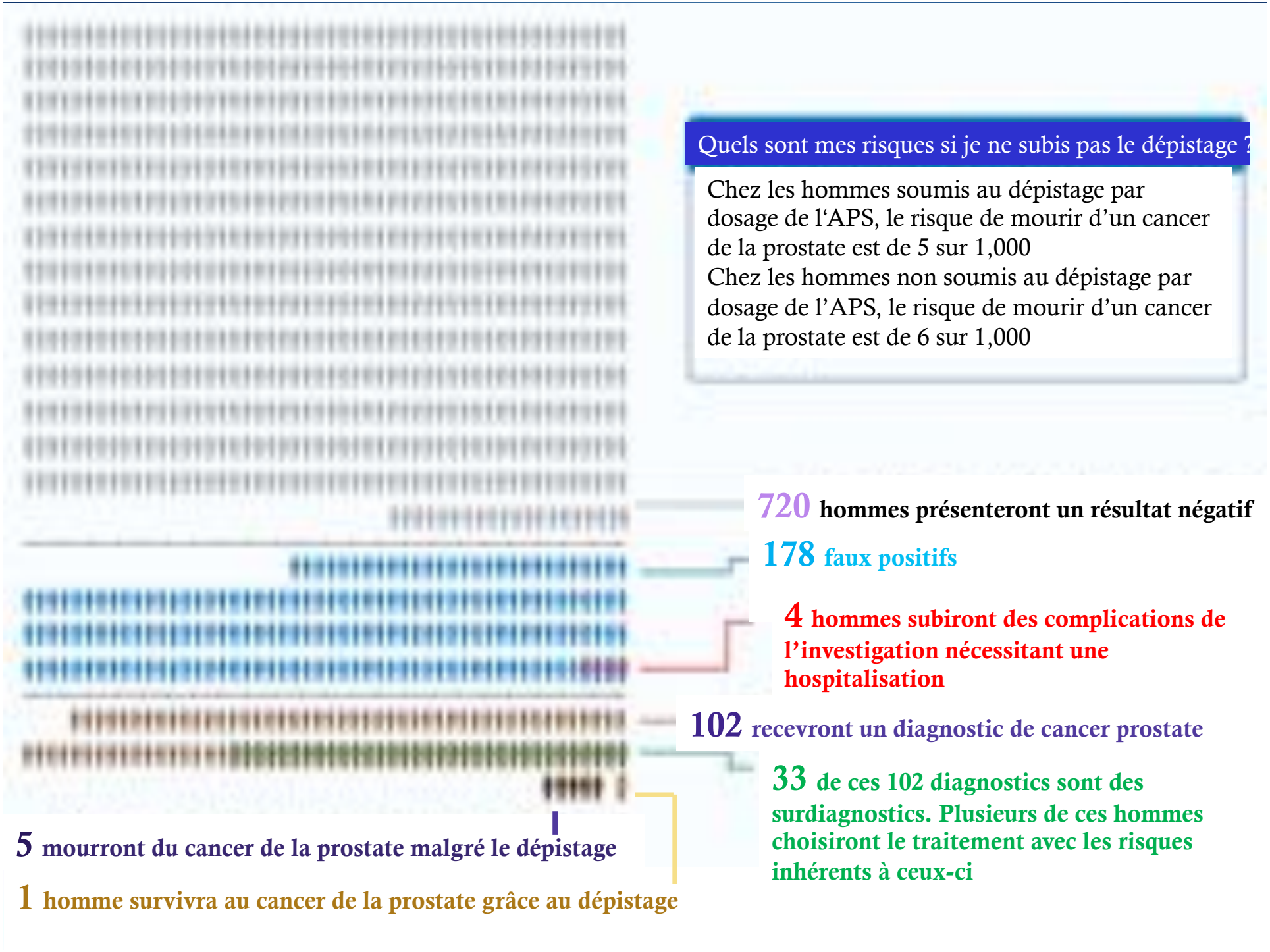
Published: October 6, 2011

D

Incidence et mortalité (standardisé pour l'âge); cancer de la prostate; hommes; GB 1975-2006



Cf 2015


Quels sont mes risques si je ne subis pas le dépistage ?
Chez les hommes soumis au dépistage par dosage de l'APS, le risque de mourir d'un cancer de la prostate est de 5 sur 1,000
Chez les hommes non soumis au dépistage par dosage de l'APS, le risque de mourir d'un cancer de la prostate est de 6 sur 1,000
720 hommes présenteront un résultat négatif
178 faux positifs
4 hommes subiront des complications de l'investigation nécessitant une hospitalisation
102 recevront un diagnostic de cancer prostate
33 de ces 102 diagnostics sont des surdiagnostics. Plusieurs de ces hommes choisiront le traitement avec les risques inhérents à ceux-ci
5 mourront du cancer de la prostate malgré le dépistage
1 homme survivra au cancer de la prostate grâce au dépistage

Cancer du col et du colon

Logique différente

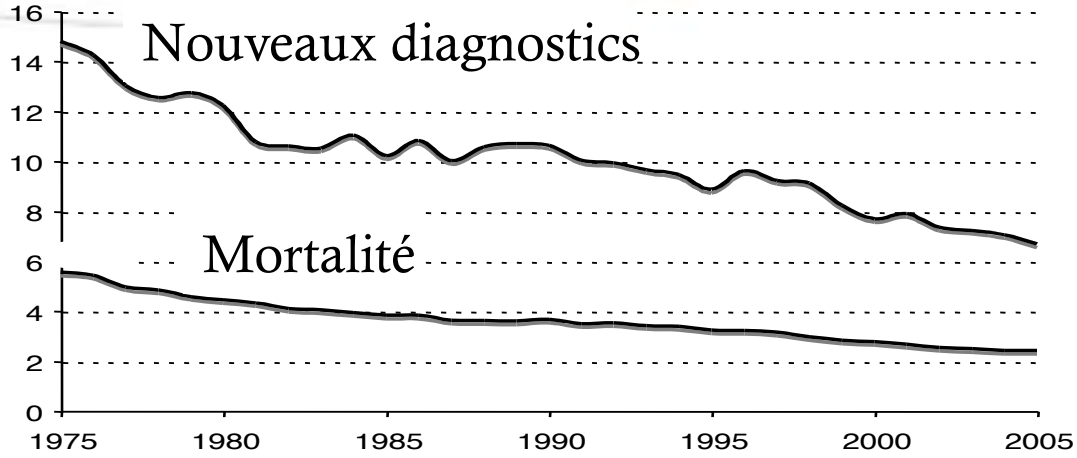
On dépiste majoritairement des pré-cancers, donc on réduit l'incidence
On voit une diminution d'incidence et de mortalité

Même si la diminution de mortalité en absolu est petite
Cancer du colon: 1/1000 en 13 ans (dépistage chaque 1-2 ans)
Cancer du col : très petite mais risque de décès **à vie** au Canada n'est que de 2/1000

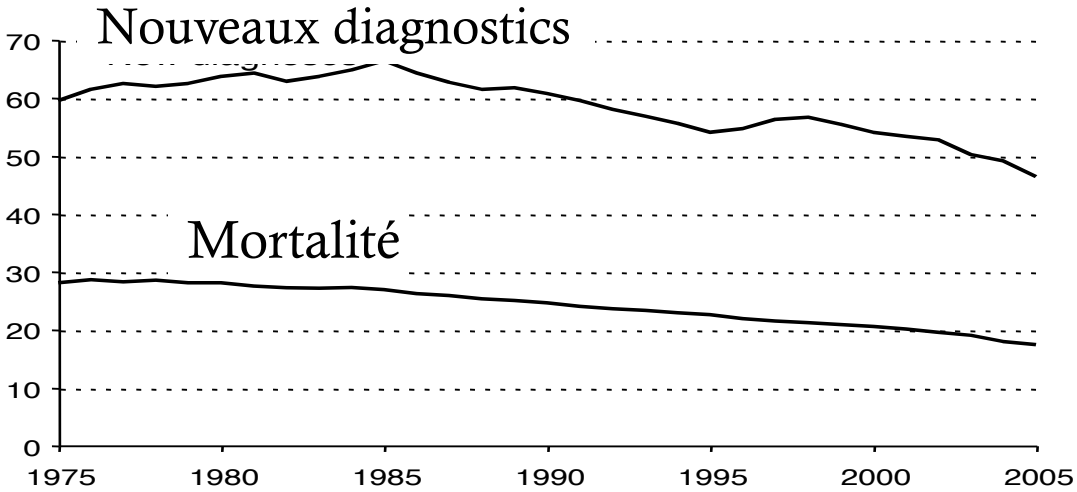
Il y a toujours les faux positifs (et les faux négatifs).
Si il y a sur-diagnostic c'est majoritairement de lésions précancéreuses.

Cancer du col et du colon

Cancer du col



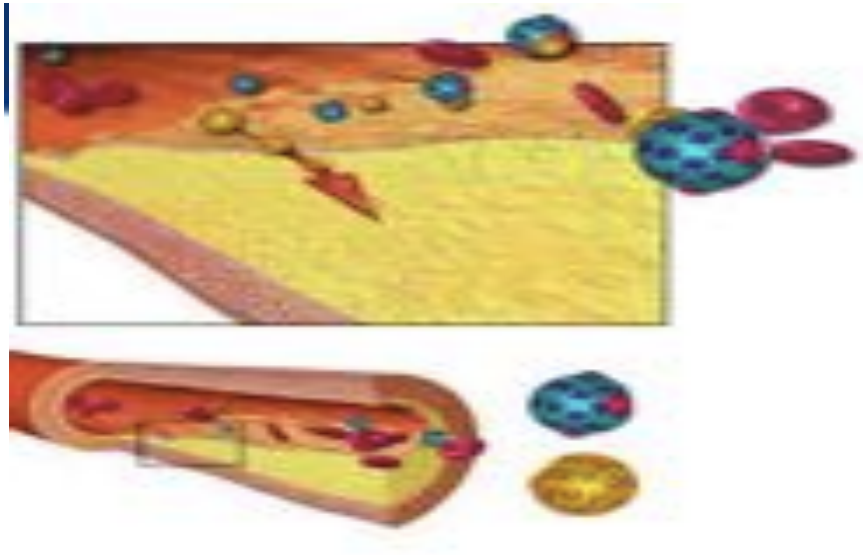
Cancer du colon



Welch H G , and Black W C JNCI J Natl Cancer Inst 2010;102:605-613

Published by Oxford University Press 2010.

JNCI



MALADIES CHRONIQUES

Choosing Wisely Australia

An initiative of NPS MedicineWise

RACGP

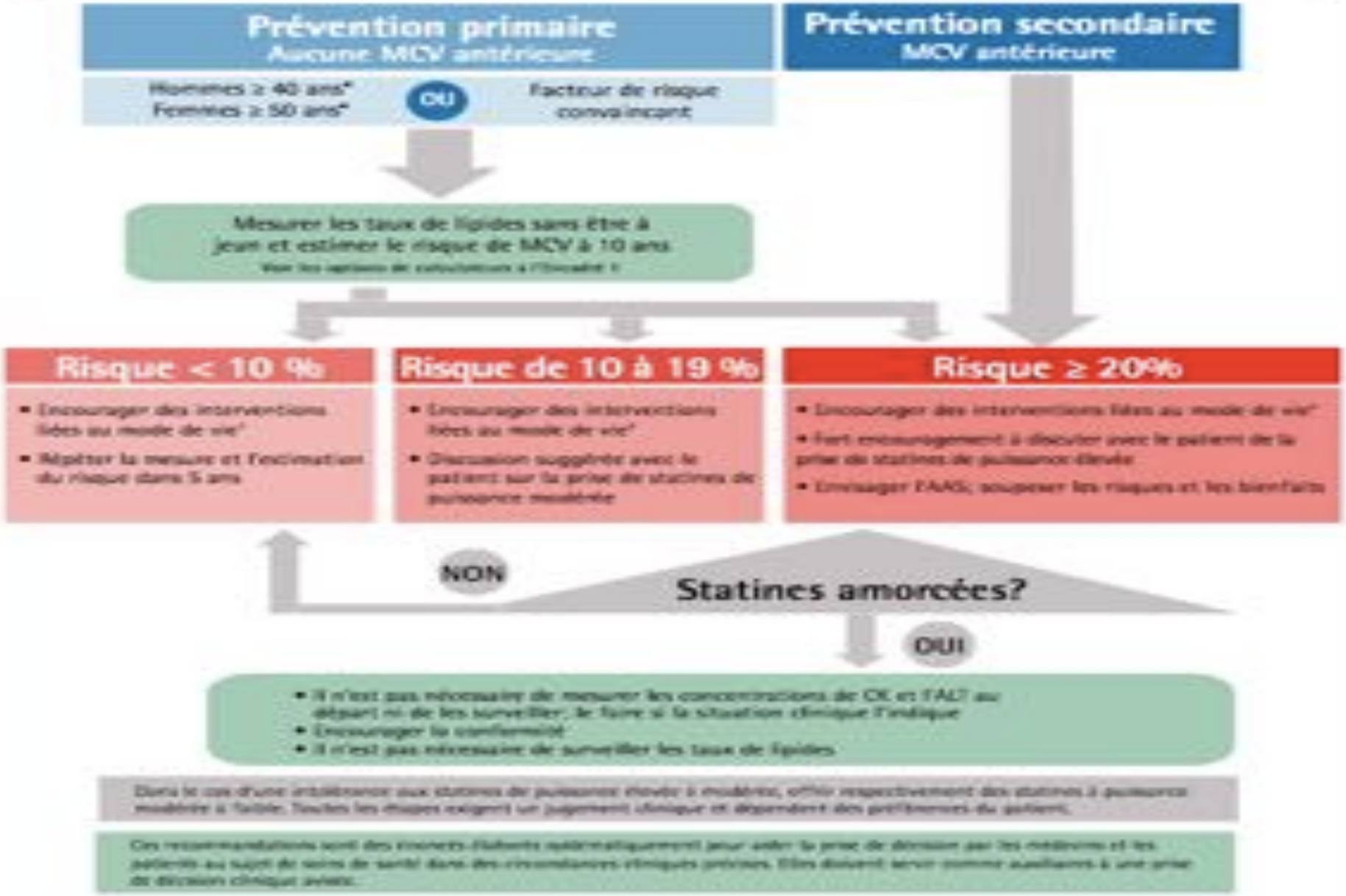
5 THINGS

CLINICIANS AND CONSUMERS SHOULD QUESTION

2

Don't commence therapy for hypertension or hyperlipidaemia without first assessing the absolute risk of a cardiovascular event

Figure 1. Algorithme des lipides : *Pour la prévention primaire ou secondaire; exclut ceux qui ont une hypercholestérolémie familiale.*



Age

60 years

Gender

✔ Male Female

Smoker

Yes ✔ No

CVD risk is reversed after 5-10 years of no smoking

Diabetes

Yes ✔ No

Systolic Blood Pressure

135 mmHg

Blood pressure should be prior to drug treatment

120 mmHg is used for baseline risk

Total Cholesterol

5,5 mmol/L

Cholesterol should be prior to drug treatment

3 mmol/L is used for baseline risk.

Relative Benefit: 25%

Benefit often has nothing to do with the effect on the surrogate marker. At present, you can only select one intervention at a time.

Physical Activity

Harm of Intervention

Potential for activity-related injury

Additional Benefits

- Less depression
- Improves sleep quality
- Improves OA pain and function

Mediterranean Diet vs Low fat

Vitamin/Omega-3 supplements

BP meds (not atenolol/doxazosin)

Low-mod intensity statins

Risk Time Period

10 years

87.4% No event

9.4% Total with an event

CHD.BESTSCIENCEMEDICINE.COM

Diabète

POINTS à RETENIR

- Il n'y a pas de données permettant de conclure que le dépistage du diabète de type 2 chez les adultes à faible ou moyen risque de diabète, réduit l'incidence, la mortalité ou les complications du diabète
- Des données de faible qualité suggèrent que le dépistage des adultes à haut ou très haut risque réduit le taux d'infarctus, de complications microvasculaires et la mortalité
- L'utilisation d'un calculateur validé comme le FINDRISK ou le CANRISK est recommandé pour identifier les personnes à haut ou très haut risque

FINDRISK

Calculateur de risque de diabète de type 2 pour les cliniciens[1]

1. Quel est l'âge de votre patient?

- ☐ Entre 18 et 44 ans (0 POINT)
- ☐ Entre 45 et 54 ans (2 POINTS)
- ☐ Entre 55 et 64 ans (3 POINTS)
- ☐ 65 ans et plus (4 POINTS)

2. Quel est l'indice de masse corporelle de votre patient/la catégorie d'indice de masse corporelle?

– (Se reporter à l'annexe 1 pour voir un tableau sur l'indice de masse corporelle ou visiter le site www.bmi-calculator.net pour calculer un indice de masse corporelle.)

- ☐ Normal (inférieur à 25,0 kg/m^2) (0 POINT)
- ☐ En surpoids (entre 25,0 et 29,9 kg/m^2) (1 POINT)
- ☐ Obèse (30,0 kg/m^2 ou plus) (3 POINTS)

3. Quel est le tour de taille de votre patient? La mesure du tour de taille est prise sous les côtes (en général au niveau du nombril).

HOMMES

- ☐ Moins de 94 cm (moins de 37 pouces environ) (0 POINT)

5. À quelle fréquence votre patient mange-t-il des légumes et des fruits?

- ☐ Tous le jours (0 POINT)
- ☐ Pas tous les jours (1 POINT)

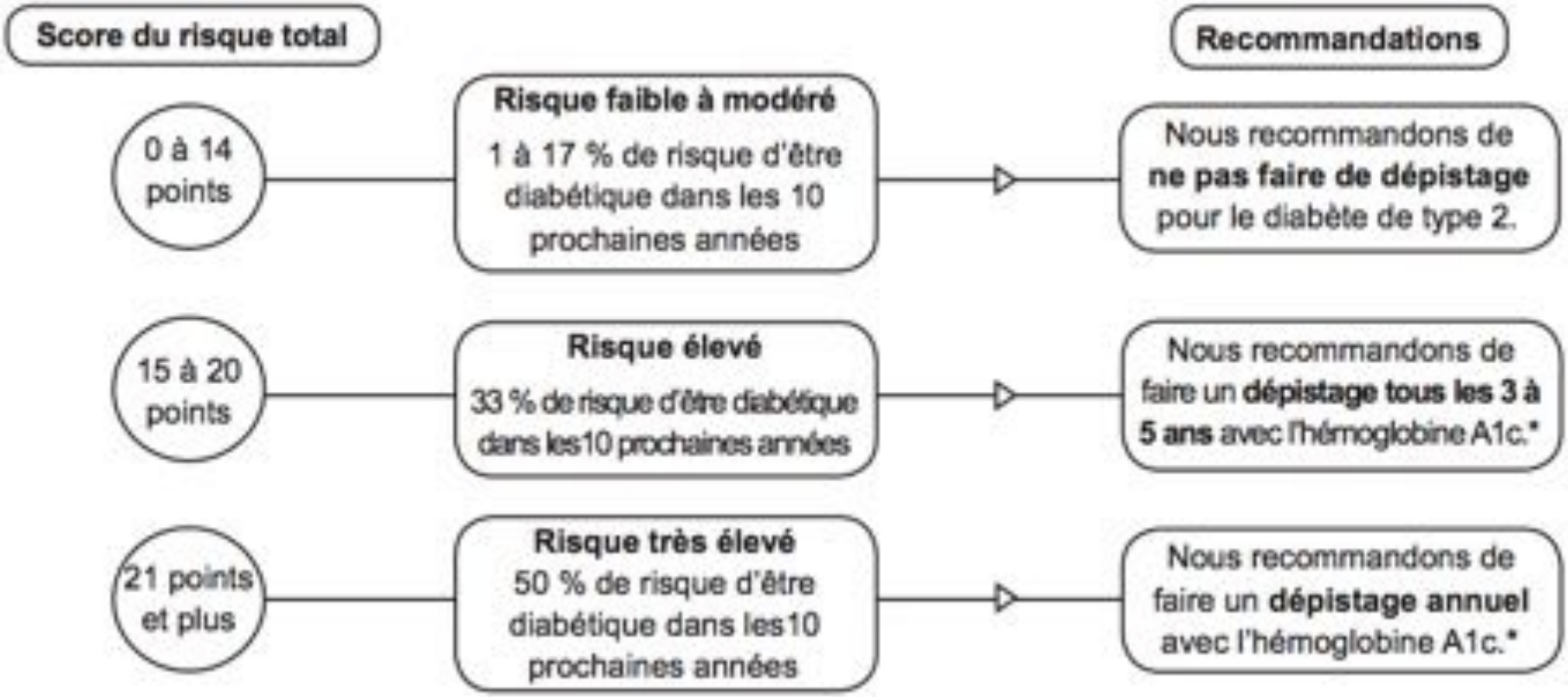
6. Votre patient a-t-il déjà pris des médicaments pour l'hypertension artérielle de manière régulière?

- ☐ Non (0 POINT)
- ☐ Oui (2 POINTS)

7. A-t-on déjà remarqué que votre patient avait une glycémie élevée (p. ex. au cours d'un examen de santé, durant une maladie ou une grossesse)?

- ☐ Non (0 POINT)
- ☐ Oui (5 POINTS)

8. Des membres de la famille immédiate de votre patient ou d'autres membres de sa famille ont-ils reçu un diagnostic de diabète (type 1 ou 2)? Cette question d'applique uniquement aux parents par le sang.


Score du risque total
Recommandations
0 à 14 points
Risque faible à modéré
1 à 17 % de risque d'être diabétique dans les 10 prochaines années
Nous recommandons de ne pas faire de dépistage pour le diabète de type 2.
15 à 20 points
Risque élevé
33 % de risque d'être diabétique dans les10 prochaines années
Nous recommandons de faire un dépistage tous les 3 à 5 ans avec l'hémoglobine A1c.*
21 points et plus
Risque très élevé
50 % de risque d'être diabétique dans les10 prochaines années
Nous recommandons de faire un dépistage annuel avec l'hémoglobine A1c.*

Clinique de dépistage ouverte
24 heures / 24
Je suis obligée de vous informer que vous avez le droit de demeurer anxieux
Tout ce que vous direz pourra servir à vous tester davantage
Si vous n'avez pas déjà de diagnostic, nous vous en fournirons un
Statistically-funny.blogspot.com

5- Le pourquoi, les conséquences

…. idées d'action

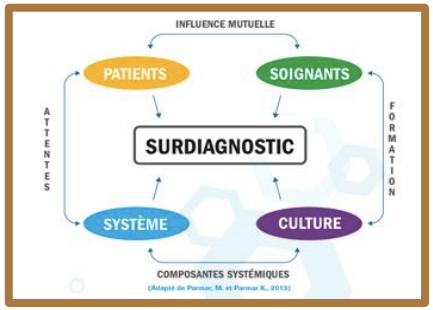
Dépistage intensif de faible valeur Commun?

- La plupart des femmes mammo annuelle
- Pap plus tôt et plus fréquemment que recommandé
- > 40% gynéco : examen pelvien de dépistage
- 1/3 des hommes APS sans discussion aucune
- La plupart des APS sont annuelles
- Dépistage colorectal plus fréquent que recommandé
- …

Annals of Internal Medicine • Vol. 162 No. 10 • 19 May 2015

POURQUOI

- Connaissances, attitudes et croyances du public
  - Surestimation des bénéfices, sous-estimation des risques
  - Plus tôt c'est mieux
- Connaissances, attitudes et croyances des cliniciens
  - Méconnaissance des principes du dépistage
  - Méconnaissance des effets délétères
- Normes sociales
  - Média, pression sociale
- Normes professionnelles
  - Éducation médicale, Intolérance à l'incertitude
- Normes organisationnelles, Peur des poursuites



Annals of Internal Medicine • Vol. 162 No. 10 • 19 May 2015 713

THE GLOBE AND MAIL

14 juillet 2015

There are a lot of "low value" treatments done like cataract and hernia operations, and tonsillectomies;

There is a lot of unnecessary and excessive testing, ranging from routine blood tests that provide little useful information, to large-scale cancer screening programs that need to be rethought;

There is significant overprescription of some drugs, and many prescriptions go unfilled or unused. Costly brand name drugs are too often used when equally effective and cheaper generics will do;

Too many patients with terminal illnesses still die in hospital, rather than in hospice or with palliative home care;

About one in every 20 hospital admissions provide no benefit to the patient and are a waste of money.

Research done in the United States shows that 30 to 40 per cent of care is unnecessary, driven by the foolish consumerist philosophy that more is necessarily better.
In Canada, there is, unfortunately, little research on the topic but, on the profligate waste scale, we probably lie somewhere between Britain's 15 per cent and the United States' 40 per cent.

TICK
TICK
TICK
Ca va bien, On entend bien ses battements cardiaques
SYSTÈME DE SANTE

ONLINE FIRST

Eliminating Waste in US Health Care

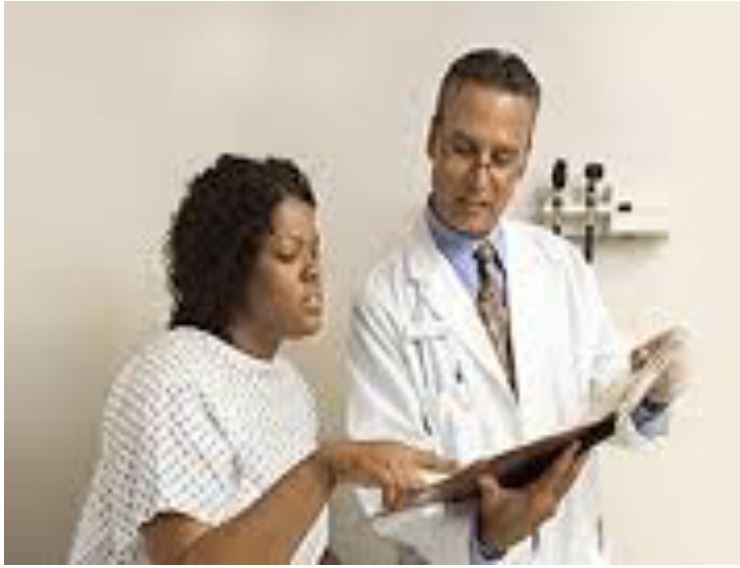
Donald M. Berwick, MD, MPP
Andrew D. Hackbarth, MPhil

JAMA. 2012;307(14):doi:10.1001/jama.2012.362

CATÉGORIES

1- SUR-UTILISATION

Solutions



On en fait parfois plus en en faisant MOINS !

Demandez à votre médecin

Ai-je vraiment besoin de cet examen, de ce traitement ou de cette intervention?
Quels sont les risques? Quels sont les avantages?
Ai-je des choix plus simples et moins risqués?
Et si je ne fais rien, qu'est-ce qui arrive?

Utilisation rationnelle des examens

- Évaluation clinique
- Considérer la possibilité de faux positifs et les implications d'un test (incidentalomes …)
  - onsidérer une utilisation sériée plus qu'en parallèle
- Approche centrée sur le patient
- Utiliser lignes de conduites fiables
- Accepter l'incertitude
- Réflexion sur sa pratique

Choisir avec soin

En partenariat avec l'Association médicale canadienne

Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien | VOL 61: JUNE • JUIN 2015

Évitez d'utiliser des médicaments connus pour provoquer une hypoglycémie afin d'atteindre une hémoglobine de A1c < 7,5 % chez de nombreux adultes de 65 ans et plus;
un contrôle modéré constitue généralement une meilleure option.

Éviter de recommander l'autosurveillance glycémique de routine pluriquotidienne
chez les adultes dont le diabète de type 2
est stabilisé à l'aide d'agents ne provoquant pas d'hypoglycémie.

Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme.

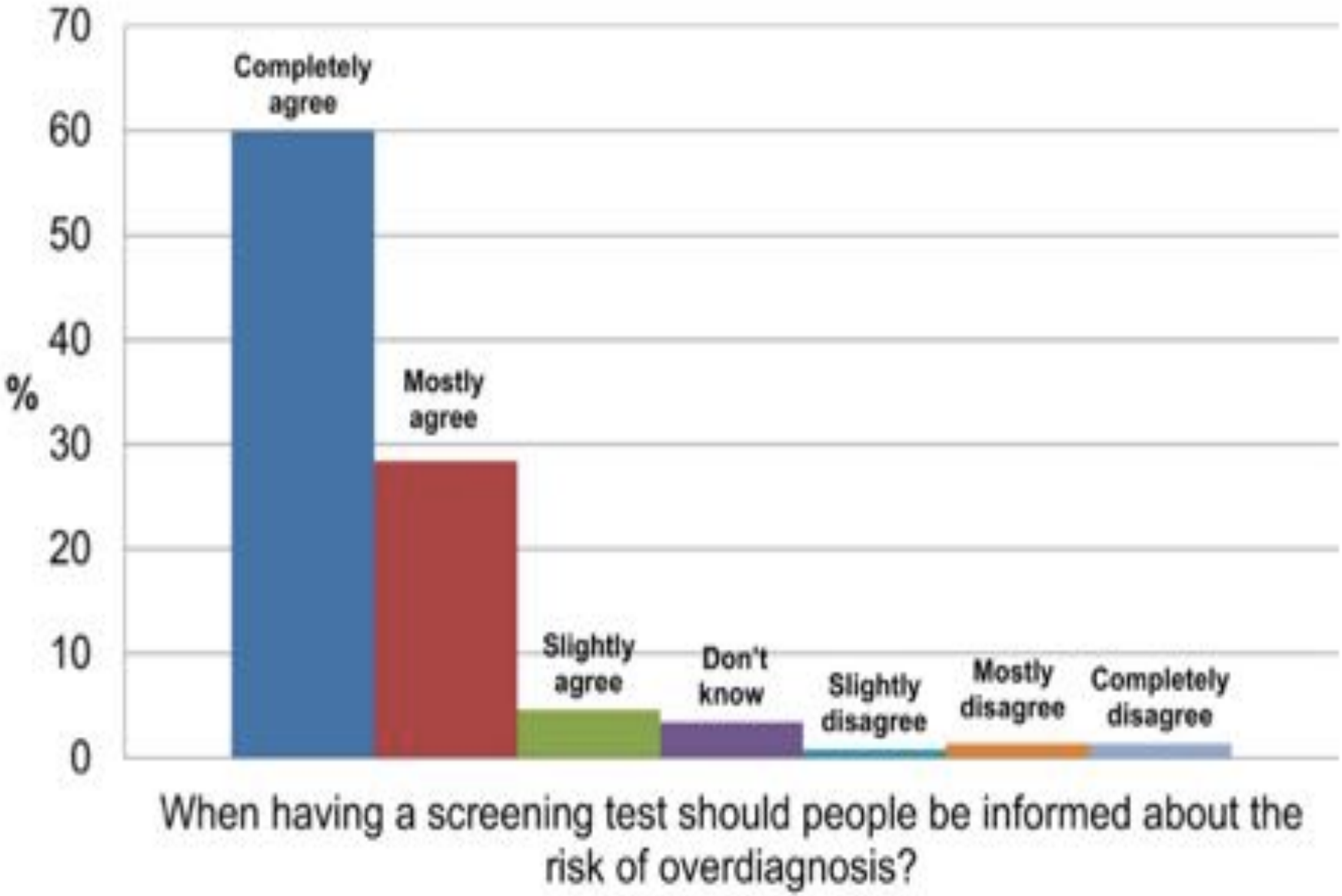
Vos résultats de laboratoire sont de retour. Ils démontrent un cas sévère de surutilisation de tests non nécessaires et inappropriés !
SEMELROTH ©'13

6- CONCLUSION

Vous avez une condition rare que l'on appelle « Bonne santé »
Honnêtement, nous ne sommes pas certains du traitement

RESEARCH ARTICLE

Public Opinions about Overdiagnosis: A National Community Survey



On overdiagnosis

	Yes/Agree n(%)(95%CI)
Seen or heard term 'overdiagnosis' before?	313(62.6) (58.2–66.8)
Doctor ever told you about overdiagnosis?	52(10.4) (7.9–13.5)
If screened for prostate cancer, told of overdiagnosis?	16(18.2) (11.1–28.1)
If screened for breast cancer, told of overdiagnosis?	18(9.7) (6.0–15.1)
Think routine screening almost always good idea?	382(76.4) (72.4–80.0)
Should people be informed about risk of overdiagnosis?	465(93.0) (90.3–95)

10%

18%

10%

76%

PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0125165 May 20, 2015

À une conférence de médecins et de biologistes
la plupart rejetèrent sa doctrine

Il a fallu accepter de nouvelles idées

Restaurer la logique de la pratique médicale	
Mode actuelle	Principe fondateur de l'exercice de la médecine
" Primum agere "	" Primum nil nocere "

IT IS NOT KNOWLEDGE THAT WE LACK. WHAT IS MISSING IS THE COURAGE TO UNDERSTAND WHAT WE KNOW AND DRAW CONCLUSIONS.

Sven Lindqvist
'Exterminate all the Brutes', 1992