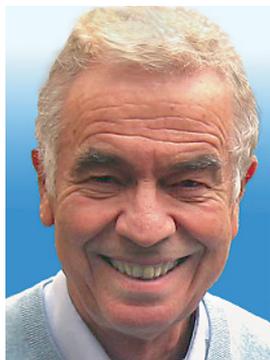


# Check-up: EBM ou BBM?



Hans Stalder

L'idée qu'un check-up régulier puisse dépister des maladies asymptomatiques et prévenir leurs conséquences ultérieures date du XIX<sup>e</sup> siècle. Elle a été reprise, entre autres, par des assurances-vie, lors de recrutement de soldats et par des autorités d'immigration, propagée par l'industrie et finalement adoptée par les médecins, particulièrement aux Etats-Unis. La valeur du check-up fut fortement mise en doute dans les années 70 par deux études aux USA et en Angleterre avec plus de 80 000 personnes: celles ayant subi des check-up ne se tiraient guère mieux que les contrôles! Aujourd'hui sont proposés, à la place des check-up réguliers, des examens de dépistage adaptés individuellement aux besoins des personnes et établis par des données prouvées selon les règles de l'*evidence-based medicine* (EBM).

Un screening, qui se veut rationnel, doit répondre à plusieurs critères: la maladie recherchée doit être fréquente, avoir une phase asymptomatique et être associée à une morbidité et mortalité élevées. Les tests proposés doivent être très sensibles (pour éviter de faux négatifs) et très spécifiques (pour éviter de faux positifs) et être tolérable pour le patient. Enfin, le traitement initié pendant la période asymptomatique doit être plus efficace que celui commencé pendant la phase clinique et bien toléré.

Ainsi scrutés, beaucoup de tests se sont avérées inutiles chez des personnes en bonne santé: plus de raison de faire une vitesse de sédimentation, un sédiment urinaire, une radio du thorax, voire un ECG, pour ne pas parler des examens IRM, CT ou encore des coronographies-CT! Faire des tests qui ne correspondent pas aux critères EBM n'est pas seulement inutile, mais risque

d'être non-éthique, car les examens faussement positifs enchaînent davantage de tests potentiellement dangereux et les faux négatifs donnent une fausse sécurité. Le médecin généraliste est le plus apte à appliquer le screening, car c'est lui, qui connaît le mieux l'histoire de son patient. Les quelques tests à pratiquer peuvent facilement se faire dans son laboratoire. De plus, cette activité se déroule lors de consultations habituelles et se complète par des conseils de santé.

Pourquoi, malgré tout, le check-up est-il resté si populaire dans certaines couches de la population? C'est parce que nous sommes tous angoissés par notre avenir et nous soumettons volontiers, selon notre porte-monnaie, soit aux diseurs de bonnes aventures et autres, soit à des docteurs qui nous proposent des examens n'ayant pas prouvés leur efficacité. Angoisse et porte-monnaie ne suffisent cependant pas. Il faut aussi des Docteurs Knock qui en profitent. Dans la comédie «Knock», publiée en 1924 par Jules Romains, le Dr Knock, nouvellement installé dans un petit bourg, et son pharmacien savent abuser de l'angoisse du public et rendre malades même les bien portants. Certains élèves illustres du Dr Knock se sont associés dernièrement avec une entreprise «académique» qui ne fait pas seulement des check-up simples, mais de doubles check-up et ceci dans une grande ville en Suisse alémanique. Pour moi, il s'agit là plutôt de la BBM (*business-based medicine*) et on se demande comment ces professeurs peuvent enseigner aux étudiants l'EBM y inclus certains aspects de l'éthique médicale ...

Hans Stalder\*

\* Prof. Dr Hans Stalder, médecin spécialiste en médecine interne FMH, membre de la rédaction, était médecin-chef de la polyclinique de médecine et du Département de Médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève.

[hans.stalder@saez.ch](mailto:hans.stalder@saez.ch)