

Contexte

En réalisant un bilan de santé préventif complet, le prestataire de soins, que ce soit de sa propre initiative ou dans le cadre d'un programme gouvernemental, tente de dépister précocement des symptômes, des signes cliniques ou des facteurs de risque de maladie chez des personnes en bonne santé. L'objectif est de réduire la charge que représente la maladie et d'ajouter des années de vie de qualité en instaurant une prise en charge précoce ou en apportant des améliorations en termes de mode de vie. Il n'existe cependant pas de preuves formelles de l'efficacité des bilans de santé complets préventifs sur la morbidité et sur la mortalité¹. Par ailleurs, ces bilans peuvent aussi avoir des inconvénients, comme un surdiagnostic, un surtraitement, des lésions physiques dues aux interventions diagnostiques, un stress psychique en cas de résultat faussement positif ou un apaisement trompeur en cas de résultat faussement négatif.

Quelle est l'efficacité des bilans de santé préventifs complets effectués par des prestataires de soins dans différents cadres de soins chez des adultes non préalablement sélectionnés en fonction de certains facteurs de risque ou de pathologies déterminées sur la morbidité et la mortalité et quels sont leurs effets indésirables ?

Résumé

Analyse

Rik Baeten, coördinator preventie Domus Medica

Référence

Krogsbøll LT, Jørgensen K, Larsen CG, Cøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e7191.

Texte sous la responsabilité de la rédaction néerlandophone

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse

Sources consultées

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) 2010, n° 11, MEDLINE via OVID (depuis 1948 jusqu'aux études en cours), Embase via OVID (à partir de 1947), CINAHL, EBSCOhost (à partir de 1980), Healthstar via OVID (de 1966 à 2010) et le registre spécialisé EPOC, DARE, Clinical Trials.gov, International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) de l'OMS, jusque juillet 2012
- les listes de références et les auteurs des articles isolés pour rechercher les études publiées et non publiées ou en cours.

Etudes sélectionnées

- inclusion de 14 études contrôlées randomisées comparant la participation et la non-participation à des bilans de santé complets préventifs de personnes âgées de plus de 18 ans, organisées tant en première ligne qu'au niveau communautaire, réalisées par différents types de prestataires de soins (médecins généralistes, médecins du travail, personnel infirmier, etc.) ; l'association d'une intervention sur le mode de vie (comme l'arrêt du tabagisme, des conseils alimentaires ou d'exercices physiques) à un dépistage était autorisée
- exclusion des études hospitalières, des études portant sur le dépistage d'une maladie déterminée ou sur la précision d'un test de dépistage, des études menées uniquement chez des personnes de 65 ans et plus.

Population étudiée

- 182 880 adultes asymptomatiques, 76 403 inclus dans le groupe passant un ou plusieurs bilans de santé et 106 477 inclus dans le groupe témoin. Patients recrutés en médecine générale (N = 5), au niveau de la population générale (N = 7), via un programme de santé (N = 1) et via leur travail (N = 1) ; le bilan de santé a eu lieu au cabinet du médecin généraliste (N = 4), dans une polyclinique (N = 5), sur le lieu de travail (N = 1), dans un hôpital (N = 1) ou dans un lieu indéterminé (N = 3) ; 6 études ont été menées dans un pays scandinave, 3 aux U.S.A. et 4 au R.U. ; la durée du suivi était de 1 à 22 ans.

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires : mortalité globale, mortalité cardiovasculaire et mortalité liée au cancer

- critères de jugement secondaires : morbidité, nombre de nouveaux diagnostics posés, nombre d'hospitalisations, charge que représente la maladie, inquiétude chez le patient, état de santé signalé par le patient lui-même, nombre de patients adressés à un spécialiste ou en consultation non programmée chez le médecin généraliste, nombre d'examens diagnostiques complémentaires à attribuer à des résultats positifs lors du dépistage, prescriptions de nouveaux médicaments, nombre et types d'interventions chirurgicales, absence au travail
- méta-analyse suivant un modèle d'effets aléatoires
- **analyses en sous-groupes** et analyse de sensibilité préalablement définies.

Résultats

- pas de différence significative quant à la mortalité globale entre les 2 groupes (N = 9 avec un suivi médian de 9 ans (4 à 22 ans) ; RR 0,99 avec IC à 95 % de 0,95 à 1,03 ; I² = 0 %)
- pas de différence quant à la mortalité cardiovasculaire (N = 8 avec un suivi médian de 10,4 ans ; RR 1,03 avec IC à 95 % de 0,91 à 1,17 ; I² = 64 %) ; pas de différence quant à la mortalité liée au cancer (N = 8 avec un suivi médian de 10,4 ans ; RR 1,01 avec IC à 95 % de 0,92 à 1,12 ; I² = 33 %)
- pas de différence significative quant à la morbidité, au nombre d'hospitalisations, à la charge que représente la maladie, à l'inquiétude du patient, aux consultations imprévues chez le médecin généraliste, à l'absence au travail
- pas de signalement d'effets indésirables.

Conclusion des auteurs

Les auteurs de cette synthèse méthodique avec méta-analyses concluent que les bilans de santé préventifs ne diminuent ni la morbidité ni la mortalité, que ce soit la mortalité globale ou la mortalité liée à une maladie cardiovasculaire ou à un cancer. Le nombre de nouveaux diagnostics a toutefois augmenté. Des effets négatifs importants ont été rarement observés ou signalés dans les études incluses.

Financement de l'étude un des auteurs a reçu une bourse de Tryg-Fonden, qui n'est intervenu ni dans le protocole d'étude, ni dans la collecte, l'analyse ni dans l'interprétation des résultats.

Conflits d'intérêt des auteurs les auteurs ne mentionnent pas de conflits d'intérêt.

Considérations sur la méthodologie

Cette synthèse méthodique avec méta-analyse est basée sur un protocole de la Cochrane Collaboration avec recherche étendue dans la littérature et recherche systématique de différentes formes de biais. Les funnel plots n'ont montré aucun biais de publication et aucun **biais de mention** pour les critères de jugement primaires n'a été relevé. Dans une population saine faisant l'objet d'une étude, les interventions de prévention risquent fort de voir leur résultat altéré par un **biais de sélection**. Pour limiter cette source de biais, les auteurs ont exclu les études d'observation. Neuf études contrôlées randomisées avec comme critère de jugement la mortalité ont été incluses ; pour 7 d'entre elles, le risque de biais de sélection était faible. La randomisation a été correctement réalisée, et le secret d'attribution a été respecté. Pour 8 études, le risque de **biais de migration** était faible, tandis qu'une analyse en intention de traiter a pu être réalisée pour l'ensemble des 9 études incluses. Une hétérogénéité clinique importante entre les différentes études est notée ; par exemple, les bilans de santé sont effectués soit une seule fois, soit de manière répétée. Les analyses en sous-groupe n'ont pas permis d'expliquer l'hétérogénéité statistique calculée.

Interprétation des résultats

Dans cette synthèse méthodique avec méta-analyse, les bilans de santé préventifs ne diminuent ni la mortalité globale ni la mortalité spécifique. Une analyse en sous-groupe ne montre aucune différence quant à la mortalité entre les études avec un suivi de courte durée (< 5 ans) et celles avec un suivi de longue durée (> 5 ans). Par manque de notification dans les différentes études, il est impossible d'évaluer l'effet sur des critères de jugement secondaires ni sur d'éventuels effets indésirables susceptibles d'être associés aux bilans de santé préventifs. Les auteurs émettent plusieurs hypothèses relatives à l'absence d'effet sur la mortalité. Premièrement, la plupart des études contrôlées randomisées sont antérieures à 1970 et les traitements utilisés pour contrôler les facteurs de risque étaient donc différents. Dans aucune de ces études, les statines ne sont utilisées pour le traitement de l'hypercholestérolémie. Les valeurs seuils pour le traitement des facteurs de risque cardiovasculaire étaient plus élevées à l'époque qu'aujourd'hui. Il n'est pas certain que les traitements préventifs actuels et des valeurs

seuils moins élevées actuelles donnent de meilleurs résultats. Deuxièmement, le rapport bénéfices/risques des traitements préventifs n'est pas le même dans la population générale que celui dans une population participant à une étude où plusieurs critères d'exclusion sont souvent appliqués. Troisièmement, le fait que la moitié des études portent sur une intervention effectuée une seule fois pourrait également expliquer les résultats observés ; il n'est cependant pas possible actuellement d'affirmer avec certitude que des bilans de santé répétés entraîneront de meilleurs résultats. En répétant les procédures de dépistage de cancer par exemple, les effets indésirables connexes augmentent également². Les auteurs formulent une quatrième hypothèse : les personnes qui répondent à l'offre de prévention seraient généralement de status socioéconomique plus élevé que les autres et présentent dès lors un niveau de risque plus faible de développer les maladies pour lesquelles le dépistage est proposé^{3,4}. L'effet de la prévention est donc réduit car les personnes présentant le risque le plus élevé ne sont pas concernées. Cinquième hypothèse : l'effet des bilans de santé préventifs peut être réduit car, dans leur travail quotidien, les médecins de première ligne dépistent et traitent déjà à un stade précoce beaucoup de personnes qui présentent un risque accru de développer une maladie. À partir de cette synthèse, nous ne pouvons rien conclure sur l'efficacité des bilans de santé préventifs, même pour certaines personnes. Des études rigoureuses plus larges et de plus longue durée sont donc nécessaires pour pouvoir évaluer les effets sur les critères de jugement primaires (mortalité et morbidité) d'interventions préventives mieux définies (risque cardiovasculaire, BPCO, diabète, cancer, etc.).

Autres études

Une synthèse méthodique avec méta-analyse¹, incluant des études contrôlées randomisées et des études d'observation, a évalué l'effet des bilans de santé préventifs consistant uniquement en une anamnèse et un examen clinique. Ses conclusions sont semblables à celles de cette étude quant à la mortalité globale, aux hospitalisations, à l'invalidité et au nombre de nouveaux diagnostics posés. Deux synthèses méthodiques^{5,6} portant sur l'effet du calcul de risque coronarien et de sa communication au patient n'ont pas montré d'effet de cette intervention sur la morbidité et sur la mortalité.

Références

1. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med* 2007;146:289-300.
2. La Rédaction Minerva. 30 ans de dépistage du cancer du sein par mammographie aux E-U : au mieux un faible impact sur la mortalité par cancer du sein chez les femmes de plus de 40 ans. *Minerva online* 28/03/2013.
3. Pill R, French J, Harding K, Stott N. Invitation to attend a health check in a general practice setting: comparison of attenders and non-attenders. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:53-6.
4. Waller D, Agass M, Mant D, et al. Health checks in general practice: another example of inverse care? *BMJ* 1990;300:1115-8.
5. Sheridan SL, Crespo E. Does the routine use of global coronary heart disease risk scores translate into clinical benefits or harms? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2008;8:60.
6. Sheridan SL, Viera AJ, Krantz MJ, Ica CL, et al; Cardiovascular Health Intervention Research and Translation Network Work Group on Global Coronary Heart Disease Risk. The effect of giving global coronary risk information to adults: a systematic review. *Arch Intern Med* 2010;170:230-9.
7. De gezondheidsgids. *Domus Medica*.

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse de qualité méthodologique correcte, ne permet pas de montrer l'efficacité de la réalisation d'un ou de plusieurs bilans de santé préventifs chez des adultes en bonne santé âgés de moins de 65 ans en termes de mortalité globale et/ou de mortalité spécifique.

Pour la pratique

L'effet d'un dépistage systématique pour des maladies différentes a déjà fait plusieurs fois l'objet de commentaires dans la revue *Minerva* avec rappel du fragile équilibre entre bénéfices et risques. Cette étude ne conforte pas l'intérêt des bilans de santé préventifs chez des adultes en bonne santé de moins de 65 ans. En Belgique, l'effet du DMG+ qui comporte un module de prévention structurée⁷, répétée dans le temps et adapté au patient est encore à évaluer.