

Atelier N°1: 27 avril matin
SURMEDICALISATION, MYTHE OU REALITE
COMPTE RENDU

Introduction - Jean-Claude SALOMON

Quelles hypothèses peuvent être explorées :

- La surmédicalisation est une tendance lourde associée au mouvement médical.
- La surmédicalisation fait progressivement obstacle au progrès médical et entrave le fonctionnement de l'action sanitaire et médicale.
- La surmédicalisation résulte de l'obligation de moyens plutôt que de l'obligation de résultats . Elle détourne les moyens de leurs fins.
- La surmédicalisation coexiste avec la sous-médicalisation et avec les inégalités de santé, sans parvenir à les réduire.

Quelles questions peuvent avoir des réponses :

- Quel rapport y a-t-il entre la surmédicalisation et la marchandisation de la santé?
- La démarcation entre le normal et le pathologique s'est-elle déplacée?
- La médicalisation des problèmes sociaux est-elle extensive ?
- Comment la surmédicalisation est-elle ressentie par les citoyens (bien portants ou malades), par les institutions, par les professionnels ?
- Quels dysfonctionnements provoque-t-elle ?
- Que peut-on mesurer avec méthode et rigueur?
- Quelles catégories professionnelles sont concernées : épidémiologistes, économistes, démographes, géographes etc. (IRDES, DRESS) ?
- Situation comparée entre pays et entre régions.
- La surmédicalisation est-elle un dysfonctionnement du système de santé ? Dans l'affirmative est-ce un dysfonctionnement systémique ?
- La surmédicalisation, les surdiagnostics et les surtraitements sont-ils seulement l'expression du consumérisme ordinaire commun à tous les pays industrialisés?
- Surmédicalisation et sous médicalisation : 2 faces de la même médaille ou expression des inégalités de santé ?

Sylvie FAINZANG - *La surmédicalisation, entre médecins et malades* : en mettant la surmédicalisation en perspective avec les réactions de résistance qu'elle engendre chez les patients et les diagnostics auxquels ces derniers se livrent dans le cadre de l'automédication, on montre que les individus ne sont pas les simples objets, passifs, de la surmédicalisation puisqu'ils peuvent y être réfractaires, ou au contraire en être les auteurs. Dans ces deux cas, la surmédicalisation va de pair avec une sous-médicalisation, par un effet de sélection des symptômes médicalisés.

Jacques BIRGE - *La non prescription en médecine générale : enquête de pratiques chez les maîtres de stage et stagiaires Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) lorrains*

Hypothèse : Il existe une dispersion de pratiques en terme de prescription ou de non-prescription. Un nombre non négligeable de médecins s'abstienne de prescrire, quand cela ne met pas en cause la qualité des soins.

Méthode : Enquête de pratiques, prospective.

Résultats : Dispersion de non-prescription : 0 à 34 %.

Conclusion : Hypothèse validée, La non-prescription est une pratique réalisable et acceptée que l'ont peut promouvoir en France. Ceci vaut aussi bien pour les médicaments que pour les examens complémentaires.

Bernard DUPERRAY et Bernard JUNOD - *Dépistage du cancer : le modèle de prévention contredit par les faits*

La justification du dépistage procède d'un mythe : le modèle linéaire de l'histoire naturelle du cancer. La confiance des médecins dans la valeur pronostique de l'examen au microscope d'un prélèvement de lésions suspectes a renforcé la perception d'efficacité de la destruction des cancers diagnostiqués tôt. Morbidité et mortalité consécutives au dépistage de masse prouvent aujourd'hui que le surdiagnostic – confusion entre maladie cancéreuse et « cancer » qui n'aurait pas eu de conséquence sur la santé – a illusionné soignants et patients. Contrairement aux espoirs suscités par l'extension du dépistage organisé, l'incidence des cancers avancés ne recule pas. La frontière entre le normal et le pathologique est un thème de recherche beaucoup trop négligé en cancérologie mammaire.

Etienne ANTOINE - *Surmédicalisation ou contre-productivité : un regard contemporain sur Ivan Illich*

Ivan Illich commençait *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, par ces mots: «L'entreprise médicale menace la santé.»

Il analysait l'effet paradoxal de cette médecine en plein essor, qu'il divisait en trois formes de iatrogénèse: clinique, structurelle et sociale.

Nous nous demanderons si ce livre polémique publié en 1976 reste d'actualité. La surmédicalisation n'étant actuellement envisagée que sous son aspect de iatrogénèse clinique, il nous faudra donc nous interroger sur ses aspects structuraux et sociaux.

Débat et synthèse de l'atelier

Il est clair que les hypothèses et les questions formulées en introduction n'ont pas de réponse après la présentation des communications. Elles ne pouvaient en avoir, sinon de façon partielle. En partant des expériences et des observations rapportées, il n'est possible par induction de parvenir à la vision générale de la surmédicalisation que de façon progressive, par accumulation de résultats. Cet atelier ne pouvait prétendre à plus. Toutefois il est important que l'exploration de ce phénomène ait été amorcée. En ce sens le but recherché a été atteint. Il semble vain de dénoncer le consumérisme des patients ou les prescriptions abusives des médecins si on n'est pas capable de mesurer ce que l'on explore. L'économie et la politique de santé ne peuvent être évacuées ou être fondées sur des affirmations ou sur de simples intuitions. Alors que la médecine tente de se rebâtir sur des preuves scientifiques (Evidence Based Medicine – EBM), l'économie et la politique de santé doivent se construire sur des preuves d'une autre nature, mais aussi rigoureuses, pour enlever la conviction et aider à prendre des décisions (Evidence Based Policy – EBP).

On conçoit que cette démarche soit entourée d'un bruit de fond qu'il faut méthodiquement atténué. Bien d'autres questions devront être l'objet des études pour les années à venir.

- La surmédicalisation peut-elle être une réponse adaptative ?
- La prévention quaternaire permet-elle de réduire la surmédicalisation ?
- L'orientation vers les actes, les examens et les produits essentiels est-elle illusoire ?
- quels sont les avantages et les inconvénients des normes de médicalisation et de bonnes pratiques
- La «règle ou la norme» doivent-elles résulter de démarches simultanées du terrain vers la conceptualisation (bottom up) et l'inverse (top down).
- Si la surmédicalisation est bien réelle; ses déterminants peuvent-ils être mieux analysés ?
- Dans l'affirmative sont-ils accessibles à l'action sanitaire et sociale?