

Atelier 2 : Causes et sources de surmédicalisation, vendredi 27 avril, matin

Animation : Elena Pasca

Dans l'introduction, **Elena PASCA** (philosophe) a insisté sur la nécessité d'une catégorisation et d'une analyse globale du contexte, des causes, des formes et des conséquences de la surmédicalisation. Elle a exposé et exemplifié quelques catégories.

Dans son *intervention* sur le dévoiement de la fonction sociale de la médecine, elle a évoqué certains apports des sciences sociales permettant de comprendre les changements à tous les niveaux – droit, idéologie, économie, psychologie sociale et mentalités... - qui sont soit les prémisses, soit les conséquences de la surmédicalisation. Ces changements systémiques ou ponctuels ont permis la reproduction du complexe médico-industriel au prix d'adaptations minimales ; ils ont rendu possible l'instrumentalisation de la médecine, puis le dévoiement de sa fonction sociale vers des rôles illégitimes où elle transforme des bien-portants en malades pour élargir le marché de l'industrie pharmaceutique, à l'aide de techniques de persuasion, de marketing et de *disease mongering*, sous des prétextes paraissant scientifiquement fondés tels que la prévention, réduite à la médication. Cette *médecine préventive* se double d'une *médecine prédictive* aux fondements douteux (le tout génétique...) et d'une *médecine prescriptive* (au sens prétendument éthique : le médecin édicte des préceptes comportementaux pour des individus et des populations, à travers des politiques hygiénistes et des normes médicales qui deviennent des normes sociales de mise au pas. Il y a danger d'une dérive irréversible vers une médecine outil de contrôle social imperceptible mais omniprésent, une médecine gardienne de l'ordre établi (voir la réforme de la psychiatrie) et instrument d'ingénierie sociale aux mains d'une biopolitique qui uniformise les individus, les normalise selon des standards arbitraires et extirpe la différence. Les auteurs de l'École de Francfort – largement cités – ont mis en garde contre ce nivellement et contre l'exclusion des différents (ceux qui n'acceptent pas la « correction » par le « traitement » médico-pharmacologique). Il est socialement valorisé de se dire malade – dépressif, bipolaire, hyperactif... -, mais disqualification et stigmatisation sociales guettent si l'on ne s'ajuste pas aux rôles socio-économiques, si l'on est différent, critique, marginal, inadapté au système et à son marché du travail. C'est soit l'identification à une case selon les normes néolibérales, soit un diagnostic de « trouble » selon le DSM. La diversité humaine (psychodiversité...) risque de disparaître au profit d'individus devenus interchangeables, façonnés selon les mêmes standards biologiques, morphologiques et psychiques. Sous l'influence d'un marketing pharmaceutique décuplé depuis l'avènement de la psychopharmacologie et de l'individualisme néolibéral qui accentue les droits subjectifs et défensifs, les individus revendiquent un droit à la santé conçue comme un vague bien-être. La « correction » médico-pharmaceutique qu'ils reçoivent annihile le potentiel de subjectivité réflexive et délibérative qui nous sortirait du cercle vicieux entre notre consumérisme et l'offre médicale qui crée la demande. Il faut rendre cela conscient à l'aide de concepts critiques et porter le débat dans l'espace public politique, afin qu'un mouvement citoyen empêche le complexe médico-industriel d'achever la mutation anthropologique (K. Applbaum) et l'état de biopouvoir quasi-totalitaire anticipé par Foucault et d'autres.

Si la médecine peut jouer un tel rôle, c'est que la santé est une catégorie normative en fonction de laquelle se construit la subjectivité et le rapport à soi. **Pierre-Guillaume PARIS**, philosophe de la santé, l'a montré par des exemples tirés du domaine des cancers – publicités et préceptes édictés à diverses époques -, qui illustrent l'évolution des représentations de la relation médecin/patient et des façons de concevoir la médecine. L'on comprend comment se forment historiquement les attentes des médecins, et notamment l'*homo medicus* : un patient idéal, qui serait capable d'objectivation et surtout de compliance, donc d'observance non critique des prescriptions. L'on comprend aussi comment se construisent les représentations de soi des usagers en tant que patients et au-delà, dans leur subjectivité, puisque le savoir médical joue un rôle de médiation dans cette construction. Le corps du patient tend à devenir un objet de la médecine, son autocompréhension et ses conduites étant en rapport avec les attentes des médecins et les médiations de ce type.

Cette construction est déterminée par le contexte économique et historique : celui d'une gouvernementalité et d'une rationalité libérales, avec toutes les conséquences sociales, sociétales et idéologiques. Le système socio-économique qui a besoin d'individus formatés d'une certaine façon, a besoin d'un instrument de façonnage disposant d'une légitimité scientifique : la médecine, qui paraît être transparente et dire la réalité telle qu'elle est. Ces dehors scientifiques appuient la demande implicite faite aux patients : entrer dans le monde tel qu'il est circonscrit par la médecine, regarder leurs corps comme des objets cliniques, se battre et « positiver », agir en « entrepreneur de soi », bref, se soumettre aux exigences et aux outils d'une médecine entrée en hybridation avec le management, la psychologie, la publicité, comme on peut le voir avec la psycho-neuro-immunologie, par exemple...

Les facultés qui sous-tendent le rapport à soi sont sujettes au déclin avec le vieillissement, pris de plus en plus pour un « facteur de risque », comme le souligne Luc Perino. Faut-il pour autant diagnostiquer et médicamenter les « troubles cognitifs légers » (TCL) ? **Laurent LETRILLIART**, médecin généraliste, a montré que cette « zone grise » est sujette à surmédicalisation d'abord parce qu'elle est conçue dans l'optique de la *prévention* d'une maladie à venir (ou pas...) : Alzheimer ou d'autres démences. Les recommandations, qui ont connu quelques péripéties à cause des conflits d'intérêt des experts, ne sont pas claires. Le dépistage n'est pas recommandé par la Haute autorité de santé; pourtant, un diagnostic précoce et des réévaluations régulières sont encouragés, alors qu'il n'y a pas de thérapeutique efficace. Sur le plan clinique et épidémiologique, les troubles cognitifs légers sont un syndrome hétérogène, dont la prévalence et l'incidence sont variables et l'évolution imprévisible. Cette situation clinique pas claire à laquelle sont confrontés surtout les généralistes laisse place à des interprétations floues et à des erreurs de diagnostic, induisant des inquiétudes inutiles. Mais ce flou permet surtout des pratiques de prescription influencées par le marketing pharmaceutique, avec des conséquences délétères pour les patients.

Il faudrait un inventaire critique et une évaluation des pratiques actuelles, pour dire clairement que les troubles cognitifs légers ne sont pas une maladie, qu'il s'agit d'un facteur de risque de démence, sans qu'il y ait forcément de causalité. Le seul intérêt évident de la consultation, c'est qu'elle permet de faire un diagnostic différentiel avec d'autres affections (dépression, AVC léger...) qui peuvent causer des symptômes apparentés.

Luc PERINO, médecin généraliste, nous décrit la surmédicalisation comme un « dysfonctionnement systématique habilement exploité » aux raisons très diverses. Elles vont des défauts organisationnels inflationnistes telles que le paiement à l'acte et l'usage de techniques diagnostiques non maîtrisées jusqu'aux facteurs relevant des limites identitaires et des lacunes dans l'enseignement de la médecine : fierté du diagnostic qui est l'apanage du médecin, refus de l'évolution vers la mort et donc des conséquences du vieillissement, absence de définition de la maladie, pas d'enseignement de l'épistémologie, relégation des règles hygiéniques et diététiques au profit d'un interventionnisme médical et pharmacologique, etc. Des facteurs économiques (mercantilisme, marché des soins entre médecine et bien-être...) et politiques (principe de précaution, électoralisme...) constituent d'autres raisons, de même que la médiatisation des sciences biomédicales, sans aucun rapport avec la pratique clinique. Sans oublier d'autres facteurs tels que l'exploitation pharmaceutique de l'espoir et de l'angoisse (techniques de *disease mongering...*), la nature commerciale de certaines relations médecin/patient, les choix de confort du patient, ses « intuitions » et préférences... Si l'*evidence-based medicine* est le seul label de science, en dehors de l'EBM, de nombreux systèmes de référence coexistent et contribuent à la surmédicalisation.

Il faut que la littérature médicale et les administrations s'intéressent aux coûts de la surmédicalisation, à ses formes et conséquences et contribuent à éliminer un biais majeur : l'absence d'évaluation du bénéfice clinique pour le patient, qui n'est pas identique à la signification statistique dans un essai clinique.

L'énumération des raisons de la surmédicalisation et des lacunes actuelles du système renvoie en creux à certains moyens évidents de la limiter. Un autre moyen nous est exposé par la psychiatre **Monique DEBAUCHE** : il peut résulter d'une collaboration de qualité entre patients et médecins dans la compréhension de l'impact des effets indésirables et de la nécessité d'un signalement précis et

efficace. Les effets indésirables sont la 4^{ème} cause de mortalité aux Etats-Unis et en Europe, avec 197.000 décès par an (*Lancet* 2011), dans un contexte d'augmentation constante des prescriptions et de polymédications. Or, outre le problème de l'information très partielle sur les effets indésirables, qui fait des victimes, il faut noter que moins de 5% sont signalés à la pharmacovigilance. La notification directe par les patients se met en place peu à peu aussi dans les pays européens. Mais les signalements faits par les patients ne sont parfois pas exploitables, faute de précision. Monique Debauche souligne, exemples à l'appui, l'intérêt majeur d'un site tel que Riskx.org, mis en place par David Healy et Kalman Applbaum, pour permettre à des professionnels de santé de travailler avec les patients en toute confiance, en vue d'améliorer et de peaufiner les déclarations d'effets indésirables. **Michel THOMAS**, médecin interniste, a exposé les résultats d'une étude prospective menée par **Bernard GROSBOIS** et ses collègues dans leurs consultations de médecine interne, sur les *incidentalomes biologiques*. L'usage de ce terme, utilisé d'abord pour désigner des anomalies morphologiques, s'est étendu à d'autres découvertes fortuites qui inquiètent les patients mais n'ont généralement pas de conséquences – ou pas de rapport avec des symptômes décrits en consultation. L'on peut mieux cerner la surmédicalisation en regardant le nombre de consultations et d'examens induits par la découverte d'incidentalomes biologiques dans un temps donné. En l'occurrence, ces découvertes ont été faites lors d'examens sanguins prescrits dans le cadre de bilans réguliers, sans raisons particulières. Les auteurs notent qu'il y a plus d'anomalies (44) que de patients (36) et soulignent le cercle vicieux qui en résulte : d'autres examens sanguins et d'imagerie sont prescrits pour vérifier les résultats des premiers, ce qui mène aussi à des consultations supplémentaires. La plupart du temps, il s'agit d'anomalies d'électrophorèse des protéines à la limite de la signification pathologique. Un diagnostic a quand même été formulé dans 61% des cas (22 patients). Dans 75% des cas, une simple surveillance a suffi.

Les détails des découvertes étayaient les conclusions des auteurs : la remise en cause de la pratique d'examens sanguins systématique est un moyen de limiter la surmédicalisation.

D'autres moyens de lutter contre ce phénomène global, ancré dans les structures de notre système de santé et de soins, ont été évoqués au cours de la **discussion**, notamment la remise en cause des dépistages systématiques et des recommandations et anciennes « conférences de consensus » biaisées et grevées de conflits d'intérêt, la distinction à faire entre critique de la surmédicalisation et volonté de maîtrise purement comptable des dépenses de santé.

En conclusion, un consensus s'est dégagé autour de deux remarques d'Elena Pasca : 1) la surmédicalisation n'est pas un dysfonctionnement, mais au contraire, un fonctionnement parfait, attendu et recherché de la logique mercantile néolibérale appliquée au domaine de la santé marchandisée. 2) Les esprits critiques, quelle que soit leur profession, devraient promouvoir la *prévention quaternaire* (Marc Jamouille et al.), c'est-à-dire la prévention de toutes les préventions et de tous les actes inutiles...