

## **Résumé des principales interventions pendant les plénières**

(en dehors des contributions présentées lors des six ateliers)

Par **François PESTY** (et quelques ajouts par Elena Pasca)

### **Ouverture du Colloque - matinée du 27 avril 2012**

Allocution d'ouverture du colloque prononcée au nom du doyen de la faculté de médecine de Bobigny par le Dr Pierre LOMBRAIL, Professeur de Santé Publique et Président de la SFSP (Société Française de Santé Publique)

« Il serait souhaitable de relancer la coopération entre la santé publique et la médecine générale. L'Académie Nationale Américaine de Médecine plaide pour un rapprochement entre les soins primaires et la santé publique »

Le Dr Michel THOMAS, Médecin interniste, ancien chef de service à l'hôpital Jean VERDIER, et co-fondateur de la Société Française de Médecine Interne, l'un des principaux organisateurs et celui qui en a eu l'idée, retrace la genèse de ce colloque. Le projet a germé à l'automne 2010 au cours de discussion entre le Dr Jean-Claude SALOMON, Médecin, ancien chercheur en immunologie du Cancer, et conseiller scientifique de l'organisation ATTAC, le Dr Omar BRIXI, Médecin de Santé Publique, et lui-même. L'équipe initiale dénommée « Princeps », s'est renforcée un an plus tard de Mme Elena PASCA, Philosophe et sociologue, animatrice du blog [Pharmacritique](#), et du Dr François PESTY, Pharmacien, consultant indépendant. La faculté de médecine de Bobigny, en la personne du Dr Michel DORÉ, Directeur du département de Médecine Générale, et la SFTG, Société de Formation à la Thérapeutique du Généraliste, avec le Dr Alain SIARY, médecin généraliste et enseignant en médecine générale, se sont associées à l'organisation du colloque.

Le Dr Alain SIARY intervenant à son tour au nom de la SFTG, explique que la recherche médicale est principalement effectuée par les hospitalo-universitaires, et que la médecine de premier recours est très en retard dans ce domaine.

Le Dr Michel DORÉ, poursuit en indiquant que le département de médecine générale de la faculté de médecine de Bobigny, qu'il dirige, avait été créé dès 1970, ce qui fait de cette université une pionnière, avant que la filière ne soit officialisée en 2004. L'objectif du département est de « former des médecins qui réfléchissent à leur pratique plutôt que d'appliquer des recommandations ». Compétence signifie « savoir agir dans un environnement complexe »

Le Dr Jean-Claude SALOMON, souligne la grande diversité d'expression de la surmédicalisation, des surdiagnostics et des surtraitements. Parlant au nom de l'ensemble des organisateurs, il fait part de leur surprise et grande satisfaction à avoir

enregistré autant de participants et de contributeurs (au total une centaine de personnes auront été présentes au cours de ces deux journées), ce que personne n'avait imaginé.

### **Atelier N°1 - Mythe ou réalité ? Modérateur : Jean-Claude SALOMON**

Dr Philippe GRUNBERG, Médecin généraliste francilien, enseignant à la faculté de médecine de Bobigny, précise que sur certaines maladies, par exemple le sida, les hépatites, les malades en savent autant que les médecins. Il souligne l'importance dans le colloque singulier entre le patient et son médecin, d'aboutir à une décision partagée. Par ailleurs, dans la gastro-entérite, le malade est dans l'obligation d'aller voir son médecin pour l'arrêt de travail. Idem pour le virus H1N1.

Dr Jean-François MAZOYER, Médecin radiologue et lombalgique, en réaction à la présence très restreinte d'économistes dans l'assistance, affirme qu'il n'est pas possible sur un tel colloque d'évacuer d'un coup la politique et l'économie. La surmédicalisation étant souvent consécutive à l'insuffisance du temps d'écoute pendant la consultation, car la relation médecin / patient nécessite beaucoup de temps. Le mode de rémunération a donc une influence sur le niveau de surmédicalisation. La non prescription est devenue un acte héroïque.

Le Dr Bernard DUPERRAY, Médecin radiologue, signale qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui ont déjà réalisé 15 ou 20 mammographies (Une surexposition qui peut favoriser certains cancers).

Le Dr Alain BRAILLON, Médecin de santé publique et lanceur d'alerte, rappelle que le paiement à la performance (P4P) signé entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins, récompense le dépistage systématisé du cancer du sein par mammographie...

Le Dr Pierre CHIRAC, Pharmacien, membre du Conseil éditorial de la revue Prescrire et Vice-président de l'association « Mieux Prescrire », réfute que les patients puissent demander des traitements. Ce sont plutôt les soignants qui pensent que les patients sont demandeurs. L'enquête auprès des prescripteurs réalisée par Anne VEGA (l'une des contributrices du colloque, et participantes), montre que le plus important (pour la non prescription) est que le soignant se sente à l'aise avec le patient (affinité). D'où l'importance de l'enseignement des sciences humaines tout au long des études médicales.

Sylvie FAINZANG, anthropologue et autre contributrice du colloque, considère qu'il y a beaucoup plus de sur-prescriptions médicales que de demandes réelles de la part des patients.

Le Dr Jacques BIRGÉ, médecin généraliste en Lorraine, enseignant en médecine générale et également contributeur de l'atelier N°1, rappelle que les patients accordent une grande confiance en leurs médecins généralistes, d'après toutes les enquêtes. L'idée que le patient va changer de médecin s'il n'a pas son médicament, est donc fausse.

François PESTY, à l'invitation du Dr Jean-Claude SALOMON, présente son expérience de l'accompagnement de campagnes « pilotes » de visites médicalisées des délégués de l'assurance maladie (DAM) portant sur les médicaments, dont celle de la caisse de l'Aude sur le bon usage et la prescription efficace des antibiotiques dans les infections respiratoires l'hiver 2005-2006 qui avait montré que le dérive collective de prescription sous l'emprise de la promotion des firmes pharmaceutiques pouvait être réversible. Une initiative bien vite découragée par les pouvoirs publics en lien avec leurs conflits d'intérêts avec les industriels du médicament...

Le Dr Alain SIARY, SFTG et co-organisateur du colloque, précise que les médecins adhèrent (dans leur immense majorité) à l'efficacité de la mammographie, et que ce n'est pas seulement une question de temps (pour que le médecin explique correctement le bénéfice et les risques au patient pendant la consultation). Contrairement au dosage des PSA dans le cancer de la prostate, le « parapluie » HAS n'existe pas (La Haute Autorité de Santé venait quelques jours auparavant de rendre un avis défavorable sur le dosage des PSA, affirmant que même chez les hommes à risque de développer un cancer de la prostate, cet examen n'avait pas prouvé son bénéfice).

Le Dr Omar BRIXI, co-organisateur du colloque, indique que surmédicalisation et sous-médicalisation sont deux phénomènes concomitants. Il faut se garder de deux risques, la rugosité et la conjonction des intérêts contradictoires. Exemple les résistants du début à l'intérêt du dépistage systématisé du cancer du sein par mammographie et ceux qui ont des intérêts financiers (l'assurance maladie).

Le Dr Jacques BIRGÉ, prend l'exemple du traitement hormonal substitutif qui s'est effondré très rapidement (après la publication d'études qui démontraient son implication dans l'apparition de cancers chez les femmes traitées), mais il a été remplacé, ce qui n'est pas forcément mieux, par les médicaments du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique...

Bernard JUNOD, médecin de santé publique, chercheur, et spécialiste du surdiagnostic dans le cancer du sein, dénonce les campagnes institutionnelles au service d'intérêts financiers.

Pierre CHIRAC revient sur la judiciarisation dans la santé, une idée reçue selon lui, car les médecins généralistes ne sont pas concernés.

Etienne ANTOINE, Médecin généraliste et contributeur, confirme que la « déprescription » nécessite beaucoup d'énergie.

Un participant, en réponse au Dr Philippe GRUNBERG, rapporte qu'il est possible en Allemagne de prendre jusqu'à 6 jours d'arrêt maladie par an sans aucune formalité administrative et sans consultation médicale.

### **Première plénière - matinée du 27 avril 2012 - Atelier N°1 - Mythe ou réalité ? et Atelier N°2 - Causes et sources de surmédicalisation**

Après une synthèse des ateliers restituée par leurs modérateurs, le Dr Jean-Claude SALOMON, et Elena PASCA, la discussion s'engage.

La transition est faite par Elena PASCA, qui rappelle les deux conclusions de l'atelier N° 2 : 1/ la surmédicalisation n'est pas à proprement parler un "dysfonctionnement" du système de santé, mais au contraire la preuve du fonctionnement parfait du système néolibéral dans le domaine d'une santé marchandisée ; c'est important de le souligner lorsque nous nous interrogeons sur les causes, sur l'historique et les solutions. Luc PERINO abonde dans ce sens. 2/ La seule prévention efficace et digne de ce nom et qui devrait guider l'attitude des professionnels comme des usagers, c'est la "prévention quaternaire" (Marc Jamouille) : la prévention de toutes les préventions inutiles.

Le Dr Michel THOMAS considère que la surmédicalisation est une dérive liée à l'hyperspécialisation de la médecine. C'est bien l'une des causes, car source de financement et de reconnaissance. Il se dit persuadé que les généralistes, les internistes et les pédiatres généralistes tiennent un rôle important.

Une femme médecin généraliste rappelle que dans notre société il ne faudrait pas vieillir, ni mourir...

Un philosophe estime que les associations de patients peuvent contribuer à la surmédicalisation. Il cite l'exemple des alcooliques anonymes qui ont promu l'éthylisme en préoccupation de santé publique.

Marion CHABERT, ancienne de la sécurité sociale et actuellement en poste dans une Agence Régionale de Santé, venue à titre personnelle, regrette que l'administration soit tout de suite suspecte lorsqu'elle parle de « pertinence des soins ».

Pour Pierre CHIRAC, l'équilibre entre l'offre et la demande et l'idéologie du progrès, dont une partie est basée sur un malentendu, sont responsables de la surmédicalisation. Il signale à l'auditoire la diffusion le soir même sur France 2 d'un

reportage en seconde partie de soirée sur le « disease mongering » (façonnage des maladies).

Le Dr Jean-François MAZOYER déplore l'absence de « think tank » et le fait que notre réflexion sur la surmédicalisation ne soit pas médiatisée.

Rachel CAMPERGUE, kinésithérapeute, auteure du livre « No mammo », dit que l'on pourrait faire des mammographies tous les ans et qu'il existe un emballement technologique. Le grand public est bluffé par ce qu'il croit être un grand progrès. Elle a entendu certains prétendre que l'intérêt de la mammographie, c'est de dépister des tumeurs de plus en plus petites. Mais, lance-t-elle, l'intérêt de l'intérêt, c'est quoi ? Le « droit de savoir » ou « de ne pas savoir » est découplé du « agir ».

Lors de la deuxième plénière, parlant des conséquences du dépistage des cancers et surtout des surtraitements, Elena PASCA évoque les risques des médicaments évoqués par Jacques TESTART (pour l'AMP) : les analogues agonistes GnRH (Enantone, Décapeptyl...) Les patients seraient plus réceptifs aux mises en garde contre les dépistages organisés et contre le recours trop facile aux procédures de PMA s'ils avaient connaissance de ces risques. Elle détaille la nature et le mode d'action des agonistes GnRH, avec des particularités méconnues par les prescripteurs, qui sont à l'origine de la plupart des effets indésirables. Les patients français ne disposent pas des mêmes informations que ceux anglo-saxons.

Il y a des points communs et des risques communs dans les trois indications évoquées - cancer du sein et cancer de la prostate hormonodépendants et procédures d'assistance médicale à la procréation.

C'est surtout chez les hommes traités pour un cancer de la prostate que les analogues agonistes GnRH ont des effets délétères gravissimes (cardiovasculaires, diabète, hypertension, troubles neuropsychologiques...). Ces risques ont fait l'objet de nombreuses publications à l'étranger, et des sociétés savantes appellent à ne prescrire ces médicaments qu'en tout dernier recours.

Un autre problème résulte des **extensions d'indication**, car le rapport bénéfices/risques n'est pas le même dans les cancers et dans des maladies bénignes telles que l'endométriose, les fibromes ou la puberté précoce centrale... et que la prescription est massive, sans information sur les risques.

## **Atelier N°5 - Considérations et enjeux - Modérateur : Omar BRIXI**

François PESTY, ancien cadre de l'industrie pharmaceutique en charge du marketing et du management d'équipes de visite médicale, intervient suite à la présentation d'Anne VEGA sur l'influence de la visite médicale sur les prescriptions des médecins. Afin de pouvoir contrer la VM et ses effets néfastes sur notre système de santé, il est crucial de savoir qu'est-ce qui lui confère son efficacité. Il rappelle quels sont les 3 leviers de l'efficacité de la VM : 1/ « le bon message », ce qui renvoie à la qualité du contenu de la visite, son intérêt et sa valeur ajoutée pour la pratique du médecin visité ; 2/ « le bon médecin », ce qui implique un ciblage, car tous ne seront pas vus, 3/ « A la bonne fréquence », par essence les visites sont itératives pour optimiser l'appropriation des messages... Une partie de la réussite des campagnes « pilotes » de visites des DAM sur le médicament en région Languedoc Roussillon, qui avaient pu contrecarrer la VM des firmes, tenait à la qualité des restitutions faites sur le pratique individuelle de chaque médecin visité à l'aide de profils de prescription et d'analyses graphiques détaillés, précis et réactifs dans le temps.

Selon le Dr Alain SIARY, la VM joue sur les objectifs thérapeutiques (exemple les taux cibles de LDL cholestérol, les objectifs tensionnels dans l'HTA). Il souligne le dénie chez de nombreux médecins de l'efficacité de la VM. Beaucoup se proclame pas ou peu influençables alors qu'ils le sont largement...

Paul SCHEFFER, Doctorant en science de l'éducation et sociologie, et Président de l'Association de Diététique et de Nutrition Critiques (ADNC), met l'accent sur le travail à faire en matière de formation des médecins et de développement de leur esprit critique.

Le Dr Bernard JUNOD tente d'expliquer l'absence au colloque d'économistes de la santé, en rappelant que les fondements de l'économie consistent à trouver un optimum entre ressources et utilisation. Pour le célèbre Docteur KNOCK, « tout être bien portant est un malade qui s'ignore ».

Le Dr Evelyne WANNEPAIN, médecin de PMI, donne un exemple de surmédicalisation qu'elle rencontre dans sa spécialité, à savoir la médicalisation d'événements sociaux, qui conduit à « psychiatriser » des réactions normales à des événements douloureux. Y-a-t-il un espace pour une prévention éthique et non pas prédictive ? D'autre part, la culpabilisation du médecin et des patients pousse à la surmédicalisation.

Le Dr Jean-François MAZOYER rebondit sur la présentation faite par les sociologues et les anthropologues, d'un patient « ennemi » du médecin (qui se sentirait menacé de procès). Il faut donc repenser la formation médicale. L'industrie pharmaceutique se focalise sur ses profits. Les questions que nous devons nous poser : « Qui nous forme ? » ; Comment est-on formé ?

Hervé HEC, Pharmacien d'officine dans une zone rurale de Basse Normandie, illustre les surtraitements en citant le chiffre incroyable des 13.000 tonnes de boîtes de médicaments usagés pris en charge chaque année par l'association CYCLAMED, chargée de collecter et recycler ces déchets.

Anne VEGA, anthropologue et contributrice, se fait l'écho de certains médecins qui ne comprennent pas et ne reconnaissent pas leur pratique dans les profils de prescription qui leurs sont remontés par la CNAMTS. Elle ajoute avoir constaté que les « petits prescripteurs » ont une vision positive de leurs patients et de leurs proches.

Guy MINGUET, Chercheur, Ecoles des Mines de Nantes, et contributeur, explique qu'une anomalie biologique peut être à l'origine d'une surmédicalisation. Néanmoins, il ne faudrait pas non plus sous-estimer le risque de sous-diagnostic. Tout ceci renvoie à la « gestion de l'incertitude ».

Anne VEGA souligne l'intérêt des études et réflexions menées en sciences sociales sur des sujets tels que la surmédicalisation et les questions adjacentes et espère que les actions futures (colloques...) comprendront plus d'intervenants venus d'horizons divers.

### Troisième plénière - matinée du 28 avril 2012 - Atelier N°5 - Considérations et enjeux et Atelier N°6 - Médicaments essentiels

Après un résumé de l'atelier N°5 par son modérateur, le Dr Omar BRIXI, et de l'atelier N°6 par le Dr Michel THOMAS, pour ce qui concerne les contributions et par le Dr Michel DORÉ, pour les discussions qui ont suivi, la discussion s'engage :

Le rôle embryonnaire et très insuffisant des supports décisionnels à la prescription dans les logiciels médicaux, lesquels permettraient d'améliorer la pertinence des décisions thérapeutiques, est souligné par François PESTY.

Le Dr Michel THOMAS, interpellé par une question du Dr Jean-Claude SALOMON « Comment établir le bénéfice d'une liste de médicaments essentiels ? », lui répond que cela serait extrêmement complexe à mettre en œuvre.

Pour le Dr Omar BRIXI, la démarche a plus d'importance que la liste à laquelle on aboutit. Dans les pays en développement, toutes les listes de médicaments essentiels ont été mises en échec.

Elena PASCA met en garde contre tout ce qui pourrait entraver le succès de la démarche dans laquelle s'inscrit le colloque. Des alertes et analyses critiques passées sont restées sans suite. Il faut s'interroger lucidement sur les causes du statu quo et du blocage actuel, sur les acteurs qui ont empêché le changement, y compris sur les médecins, leurs organisations et lobbies. Elle donne l'exemple des écrits et démarches de Claude Béraud dont elle présente en détail les activités (et livres, articles...) et les alertes répétées sur la surmédicalisation, l'abus de prévention, l'absence d'évaluation de la pertinence et de la qualité des prescriptions et autres actes médicaux, l'absence de l'analyse coût/efficacité, l'absence d'autoréflexion des médecins, etc. Les syndicats médicaux unis se sont opposés systématiquement à toute tentative de changement et ont porté plainte à répétition contre Claude Béraud. Ses essais de donner à la Sécurité sociale un rôle plus actif contre ces dérives ont échoué pour des raisons politiques.

Elena Pasca conseille surtout "Le Rapport Béraud", paru en 1992 dans le *Concours médical*, au sous-titre suggestif: "La non qualité médicale et économique du système de soins". Elle appelle tous les participants à réfléchir aux oppositions et blocages systématiques et systémiques qu'il a rencontrés. Il est évident que cette problématique majeure ne doit pas être laissée aux seuls professionnels de santé, mais devenir un **débat citoyen**, pour éviter les échecs du passé, pour que ce colloque ne soit pas une alerte de plus, sans suite pratique concrète. Qu'il y ait aussi des sociologues et des usagers est une avancée. Mais nous sommes tous des convaincus prêchant à des convaincus. Or le défi, c'est justement de **sortir de cet entre-soi** des sachants (surtout des professionnels de santé). Il faut faire en sorte que la réflexion sur la surmédicalisation ne soit plus perçue comme l'apanage d'une profession, mais comme le sujet d'intérêt général, soumis à une réflexion et une décision citoyennes.

Pour cela, il faut que les citoyens aient les informations et les catégories d'analyse leur permettant de comprendre la signification et l'étendue de la surmédicalisation. Ce qui veut dire aussi qu'il faut sortir des revues médicales et donner des informations *en libre accès*, pour qu'il y ait débat.

Une façon de sortir de l'entre-soi et de contribuer concrètement, c'est que chacun des participants publie en libre accès un article explicatif. Elena Pasca donne l'exemple de Claude Béraud, auteur d'un article détaillé sur la « Médicalisation de la santé et du mal-être », paru sur le blog d'un usager (Pharmacritique).