

Présentation des six ateliers

Chaque atelier tentera d'apporter la ou les réponses à une série de questions. Cette liste de questions n'est pas fermée. Dès aujourd'hui, ou lors du colloque, vous êtes invités à la compléter.

Atelier N°1- LA SURMEDICALISATION, MYTHE OU REALITE

27 avril (matin), Modérateur : Jean-Claude Salomon

Comment la surmédicalisation est-elle ressentie par les citoyens, par les institutions, par les professionnels ?

Quels dysfonctionnements provoque-t-elle ?

Que peut-on mesurer avec rigueur ?

épidémiologistes, économistes, démographes, géographes etc. (IRDES, DRESS). Situation comparée entre pays et entre régions.

La surmédicalisation, les surdiagnostics et les surtraitements sont-ils seulement l'expression du consumérisme ordinaire commun à tous les pays industrialisés ?

La surmédicalisation est-elle un dysfonctionnement du système de santé ? Dans l'affirmative est-ce un dysfonctionnement systémique ?

- A qui ces phénomènes profitent-ils ?

Les patients (malades et non malades)

Les professionnels

Le marché et les vendeurs de produits et de service

Les institutions

Surmédicalisation et sous médicalisation : deux revers de la même médaille ou expression des inégalités de santé ?

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

Atelier N° 2: CAUSES ET SOURCES DE SURMEDICALISATION

27 avril (matin), Modérateur : Elena Pasca

Nous réfléchissons aux causes et sources de la surmédicalisation, et non plus à ses seuls symptômes et conséquences. Cela inclut les approches socio-économique et historique. Voici quelques interrogations de départ, par catégories:

- *organisation et fonctionnement du système de soins*: paiement à la performance

(paiement à l'acte, T2A), ratio spécialistes/généralistes et coordination hôpital/ville; pratiques professionnelles mal coordonnées et mal évaluées ; pression inflationniste de moyens ; faire la part des dysfonctionnements ponctuels et de ceux structurels et systémiques ; déterminer le rôle des lobbies et des organisations médicales dans le blocage du système, malgré des critiques anciennes et répétées...

- *causes de surmédicalisation d'origine extérieure au système de santé* et leurs corrélations sociologiques, économiques, idéologiques... Par exemple : influences industrielles (conflits d'intérêts, biais, corruption...) induisant des actes non justifiés sous l'angle bénéfices/risques et coût/efficacité; formes de *disease mongering* ; définition laxiste de la "santé" concevant médicalisation et médicament comme producteurs de santé; offre qui crée la demande ; consumérisme médical de patients sans éducation critique à la santé...

- *dysfonctionnement dans la dyade médecin-patient*: qualité de la relation médecin-patient ; nomadisme médical; écoute insuffisante et examen clinique négligé ; erreur médicale ; cascade de prescription ; conformisme consumériste des patients confondant nouveauté et intervention technique avec progrès thérapeutique...

- *dévoiement de la fonction sociale de la médecine* : vers une médecine préventive qui surmédicalise sous prétexte de prévention et de dépistage. Comment trier les dépistages utiles et efficaces, comment délimiter une prévention rationnelle et un usage rationnel des moyens ? ...

Atelier N°3 SURDIAGNOSTICS et SURTRAITEMENTS

27 avril (après midi), Modérateur Alain Siary

1) Surdiagnostics facteurs de surtraitements

- Les apports de l'imagerie (Scanners, IRM) avec la découverte d'incidentalomes, ainsi que le dépistage organisé (sein) ou devenu quasiment systématique (prostate) de certains cancers sont des facteurs de surdiagnostics .
- La confusion entre facteurs de risque et maladies est une autre cause de surdiagnostics
- . Un troisième moyen de conduire aux surdiagnostics est de diminuer les seuils de définition d'une maladie :
- L'assimilation de troubles du comportement à des affections psychiatriques graves

La plupart sont associés à des surtraitements

2) Intérêt de l'Evidence-Based Medicine

La médecine factuelle fondée sur des critères cliniques robustes, tenant compte du contexte dans lequel elle s'exerce et du choix éclairé du patient est un outil indispensable pour freiner des pratiques délétères. Par ailleurs, il n'est pas rare que des essais randomisés remettent en cause des traitements administrés systématiquement aussi bien auprès de personnes indemnes de pathologies avérées, ou ayant présenté un événement pathologique, chez qui on veut éviter une aggravation.

3) Le concept de prévention quaternaire

Ce qui nous amène dans un 3^{ème} temps à présenter le concept de prévention quaternaire que l'on peut définir comme la prévention de la médecine non nécessaire ou mieux comme la prévention de la prévention inutile. La prévention quaternaire est une tâche de base du médecin généraliste qui nécessite une bonne connaissance et pratique de l'Evidence-Based Medicine.

Atelier N°4 - SURTRAITEMENTS NON LIES AUX SURDIAGNOSTICS

27 avril (après midi), Modérateur François Pesty

Surtraiter, à partir d'un diagnostic posé, consiste à initier un traitement surdimensionné ou inapproprié, alors qu'une alternative thérapeutique moins lourde, pouvant aller jusqu'à l'abstention ou faisant appel à des soins palliatifs, était possible, moins délétère, moins traumatisante, voire moins coûteuse ou sans fausses promesses :

- opérations chirurgicales, radiations, prescriptions médicamenteuses inutiles (ou futiles) ;
- exérèses, irradiations ou doses de médicaments trop importantes ;
- durées de traitement, d'intervention, d'exposition trop prolongées ;
- recours à un traitement non éprouvé, voire non autorisé (ex : hors AMM) et sans bénéfice clinique clairement démontré (effet uniquement sur des critères intermédiaires), alors que d'autres le sont ;
- combinaison (surenchère) de moyens thérapeutiques telles que des associations médicamenteuses futiles, la chimiothérapie adjuvante (après chirurgie) ou néo-adjuvante (avant chirurgie), la chimiothérapie combinée à la radiothérapie ;

Nous illustrerons les surtraitements, par des exemples et tenterons ensemble d'en analyser les causes et les moyens de les éviter, ou tout au moins de les limiter...

Atelier N°5 - CONSIDERATIONS ECONOMIQUES, DES PHENOMENES INELUCTABLES !!!!

28 avril (matin) Modérateur Omar Brixì

Quand on décrypte les pratiques et logiques de surmédicalisation et à l'inverse de sous médicalisation, on ne saurait faire l'économie d'en interroger les aspects économiques.

Donc de revenir à la question de base : à qui cela profite ?

Il est évident et bien connu que pour se soigner, il faut payer ou acheter « du travail » de professionnels, des investigations, des traitements, des séjours en établissements ...

Entre acheter des services, y compris dans des systèmes solidarisés, et consommer des soins à travers des produits et des dispositifs, quelle est la frontière de l'utile et du superflu ?

Plusieurs niveaux de questionnements nous sont posés, entre autres :

- Celui d'identifier les intérêts des professionnels, des institutions, des organisations à but lucratif, non lucratif, des industriels, des intermédiaires etc ...? Et d'en examiner les convergences, les écarts ou les contradictions.
- Sommes-nous dans un champ marchand, strictement marchand, ou de service à finalité sociale d'intérêt général ?

Dans le même temps, on, sait que les organisations de soins et les systèmes dans lesquelles elles s'inscrivent - de santé et de protection sociale - sont aussi des systèmes économiques où se jouent des intérêts, des capitaux, des emplois... ?

- Quelle logique prime, celle des patients, des usagers, des professionnels, des actionnaires, des décideurs institutionnels ?
- Les surcoûts, les marges de profits et les gabegies sont ils des dysfonctionnements du système ou inhérents, intrinsèques aux logiques consuméristes et médicalisantes ?
- Est-ce que ces tendances sont dépendantes des contextes de type libéral ? ou les retrouve-t-on aussi dans les contextes dits progressistes ?
- La surmédicalisation a-t-elle un lien avec la croissance ou avec la décroissance, avec les
 - situations d'expansion ou de récession ?
 - La surmédicalisation est-elle un phénomène inéluctable, irréversible ?
 - Risque-t-elle d'asphyxier les différents systèmes de santé ?

C'est ce type de questionnements qui seront proposés et abordés dans cet atelier. Cela est évidemment ouvert à toute autre question où l'enjeu économique et les logiques d'intérêts sont à l'œuvre.

ATELIER N° 6 - HIERARCHISER LES MOYENS : LES MÉDICAMENTS ESSENTIELS

28 avril (matin) Modérateurs Michel Thomas, Michel Doré

Les dépenses de médicament sont très importantes en France, en partie par le prix, encore plus par le nombre de médicaments prescrits ou autoprescrits.

Le nombre des médicaments disponibles est considérable, plus de 5000. Beaucoup sont des formes diverses de la même molécule, beaucoup ne sont que des « mee too » des molécules initiales d'une classe thérapeutique. Peu de vraies nouveautés au cours des 10 dernières années. La fixation du prix des médicaments remboursés n'est pas corrélée au service médical réellement rendu.

A partir de ces constatations se pose le problème de savoir si l'établissement d'une liste de MÉDICAMENTS ESSENTIELS :

- Est faisable

- Peut constituer un moyen de réduire les surtraitements, le nombre d'accidents thérapeutiques et le surcoût des médicaments.

Un groupe de dix hospitaliers et hospitalo-universitaires internistes d'une part et plus d'une dizaine de généralistes d'autre part ont établi une telle liste. Parmi les problèmes posés :

- Quelles similitudes et différences entre les listes des Internistes et des Généralistes. Pourquoi ?

- Quelle y est la proportion de médicaments génériquables ?

- Combien étaient déjà cités en 1980 dans les « 200 médicaments essentiels » de M. RAPIN ?

- Comment une telle liste pourrait-elle être promue et devenir efficace ?

- Comment placer le « curseur » qui définit le caractère « essentiel » d'un médicament ? Plus du côté « essentiel » à la survie du patient ou « essentiel » au confort donc à l'observance, donc à la poursuite du médicament ?