

18.05.2012

La médicalisation de la santé et du mal-être (I). Par le Pr Claude Béraud

La médicalisation de la santé et du mal-être

Par le **Pr Claude BERAUD**

Pour conserver, entretenir, développer leur capital santé, des centaines de milliers de Français consultent chaque jour des médecins dans le secteur libéral ou à l'hôpital. [1] Les uns sont en parfaite santé, d'autres éprouvent des symptômes banaux.

Les sujets en bonne santé

De nombreuses personnes, qui ne se plaignent d'aucun symptôme, entreprennent de leur propre chef, ou sur les conseils de leur entourage, des médias, des professionnels des soins, des autorités politiques, de consulter des médecins, une ou plusieurs fois chaque année.

Beaucoup pensent que dépister une maladie, présente mais silencieuse, est une démarche utile et nécessaire, pour retarder l'apparition de symptômes, éviter ou réduire les risques d'une évolution grave. Ces sujets, à la fois inquiets et prudents, estiment qu'effectuer régulièrement un bilan médical et biologique est une sage précaution.

D'autres, convertis à l'idéologie médicale, convaincus de l'omnipotence des médecins, cherchent à se maintenir en bonne santé par des prescriptions médicales.

L'utilité réelle de ces démarches, encouragées par les responsables médicaux et politiques, est mal connue du grand public. Contrairement à l'opinion générale, elle est souvent faible ou nulle et comporte des risques non négligeables. La plupart des citoyens pensent que les procédures recommandées par l'État dans le domaine de la prévention sont saines et efficaces. Ils se trompent. Obtenir des prescriptions médicales - des médicaments, des prises de sang, des examens radiologiques - dans le but de rester en bonne santé est un moyen sûr pour devenir malade.

Pourquoi aller voir un médecin régulièrement lorsque l'on est en bonne santé ?

Des hommes et des femmes en excellente santé, ne se plaignant d'aucun symptôme, consultent, inutilement, leur médecin pour divers motifs.

Pour faire un bilan.

Une majorité des Français, en excellente santé, estime qu'il est raisonnable de demander à son médecin, au moins une fois par an, un bilan comportant divers examens biologiques.

Cette habitude est née en 1945, avec l'assurance maladie, qui invitait dans ses centres d'examens de santé la population salariée, une fois par an, à faire un bilan. De nombreux Français, en bonne santé, entrent encore aujourd'hui dans ces centres dont le fonctionnement consomme chaque année le tiers du FNPEIS (Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (soit 152,5 millions d'euros sur un total de 461,2 en 2009).

Durant les décennies qui suivirent, l'habitude fut vite prise de demander des bilans, ou « check-up », aux médecins libéraux, d'autant que les non salariés étaient exclus des bilans de la sécurité sociale, mais remboursés des prescriptions faites en médecine libérale.

Depuis la fin des années 80, l'inutilité des 600.000 bilans qui étaient alors réalisés dans les centres d'examen de santé, sans compter ceux réalisés en médecine libérale et à l'hôpital (où des « automates » réalisaient 12 dosages chez tous les patients hospitalisés (soit un minimum de 200 millions de dosages), était évidente pour deux raisons. D'une part, l'état de santé des Français à la fin du 20^e siècle ne pouvait être comparé à celui observé à la fin de la guerre et d'une longue période de privation. D'autre part, durant les trente glorieuses, multiplier les visites chez un médecin était devenue une coutume, répandue dans les plus petits villages de France, qui faisait double emploi avec les bilans de la sécurité sociale. La fermeture de ces centres aurait été une solution raisonnable, mais les administrateurs des caisses primaires s'opposèrent à l'abandon d'une « conquête sociale ». Les centres orientèrent alors progressivement leur recrutement vers des populations précaires qui, pour des raisons économiques, sociales ou administratives, n'avaient pas accès aux soins.

Tout au long des soixante dernières années, les parlementaires proposèrent et firent voter des lois destinées à protéger la santé des Français au moyen de bilans médicaux. Actuellement en France, l'Etat propose [2] 53 examens tout au long de la vie : examens prénatals, postnatals, examens obligatoires des enfants de moins de 6 ans, bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, visites médicales des sixième, neuvième, douzième et quinzième année, entretien personnalisé en classe de cinquième, examen bucco-dentaire de prévention, consultations annuelles des jeunes de 16 à 25 ans, certificat médical pour la journée d'appel et de préparation à la défense, examen préventif médical, social et psychologique des étudiants des universités, consultations prénuptiales, consultations de prévention pour les personnes de plus de 70 ans, etc. Ces bilans, trop nombreux pour être tous réalisés, ne sont jamais évalués. A l'évidence, leur utilité est aléatoire, comme le signale la Haut Conseil de la Santé Publique. [3]

Dans un système de soins correctement organisé, une grande partie de ces

bilans disparaîtrait ; les quelques-uns qui resteraient, notamment chez les enfants et les adolescents, seraient assurés dans les cabinets de soins primaires, par les médecins généralistes et leurs collaborateurs, seuls capables d'assurer un suivi des soins.

Aux Etats-Unis, les citoyens cèdent parfois aux publicités des sociétés privées qui proposent des bilans incluant des techniques d'imagerie : scanners, IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), diverses radiographies, mais aussi des prises de sang, une échocardiographie, une ostéodensitométrie et une multiplicité d'examen qui inventorient le fonctionnement des systèmes physiologiques et précisent la morphologie des organes (foie, cœur, poumon, côlon, rein). Toutes les institutions scientifiques et gouvernementales déconseillent ces bilans qui n'ont aucune utilité pour les clients de ces sociétés, lesquels acceptent de payer des sommes élevées pour réaliser ces examens qui, pensent-ils, les mettront à l'abri de toutes les maladies graves, et surtout des cancers.

Ces bilans exposent à trois sortes de risques : celui, individuellement faible mais indiscutable, de cancer lié aux radiations ; celui d'une multiplication des examens en raison de la découverte d'une image considérée comme anormale ; celui d'inquiéter les sujets en raison de la découverte d'un cancer qui en réalité n'existe pas. [4]

Pour doser, comme chaque année, mon cholestérol

Doser régulièrement les diverses variétés du cholestérol sanguin, même lorsqu'un premier résultat n'a montré aucune anomalie, est un comportement banal. (En médecine libérale, hors médecine hospitalière, 19. 992.000 bilans lipidiques ont été remboursés par la sécurité sociale en 2009).

En prévention primaire, chez des sujets en bonne santé, indemnes de diabète, qui n'ont jamais souffert d'un trouble cardiovasculaire, cette demande n'est ni rationnelle ni utile, [5] car la prescription des statines, aujourd'hui devenue la conséquence automatique d'une hypercholestérolémie, même modérée, est parfois responsable d'effets secondaires (douleurs musculaires, affaiblissement cognitif (perte de mémoire) [6] ...). Elle favorise l'apparition d'un diabète chez 9% des patients [7] et ne diminue pas leur mortalité. [8]

Pour rechercher une ostéoporose

Après la ménopause, très nombreuses sont les femmes en excellente santé qui, sous la pression des médias, entreprennent un dépistage de l'ostéoporose en demandant à leur médecin la prescription d'une ostéodensitométrie. Cet examen mesure la densité minérale osseuse. Lorsque cette densité s'écarte d'une certaine valeur, des données moyennes observées chez les adultes jeunes, le médecin dit à la patiente « Vous êtes atteinte d'ostéoporose ».

La raréfaction osseuse est un phénomène physiologique observé lors du vieillissement. Cette évolution osseuse observée chez tous les sujets, et plus

particulièrement chez les femmes, est devenue une maladie lorsque l'ostéodensitométrie a permis de la quantifier. Curieusement, cette maladie fut inventée et identifiée par l'OMS, alors que les laboratoires pharmaceutiques commercialisaient des médicaments pour lutter contre la déminéralisation osseuse. Aujourd'hui, en raison de la multiplication des articles sur cette maladie dans la presse féminine et la profusion des traitements médicamenteux disponibles pour réduire la perte osseuse, la plupart des femmes en bonne santé, mais récemment ménopausées courent chez leur médecin, pour dépister ce facteur de risque de fracture, puis consommer des médicaments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour éviter une première fracture. Ce faisant, elles courent d'autres risques : celui d'une fracture atypique du fémur, d'une nécrose du maxillaire inférieur et de lésions œsophagiennes. Même s'ils améliorent discrètement la densité osseuse, ces médicaments ont peu d'effets sur la fréquence des fractures des membres qui ne sont pas spontanées et toujours la conséquence d'un traumatisme, notamment d'une chute banale. Prévenir les chutes chez les personnes âgées est une attitude plus raisonnable et plus efficace, mais elle exige une participation des patients à un programme de prévention moins facile à mettre en œuvre que la prescription d'un médicament. [9]

Pour se faire vacciner

Certaines vaccinations sont conseillées par les responsables politiques et de la santé publique, font l'objet d'une demande de la population, alors que leur utilité est soit discutable, soit nulle.

Vaccination antigrippale

La vaccination contre la grippe saisonnière repose sur des études dont la qualité est contestée par de nombreux épidémiologistes. [10] Recommandée aux personnes âgées, cette vaccination ne semble pas avoir des effets secondaires graves. Il est possible qu'elle réduise la fréquence des infections grippales banales, mais elle est sans influence sur l'apparition de complications et ne réduit pas la mortalité, d'ailleurs très faible, de cette infection virale. La réduction des cas de grippe serait de 50%, mais cette expression d'un résultat en valeur relative cache la réalité des faits. Si sur 100 sujets vaccinés on observe un cas de grippe et sur 100 sujets non vaccinés deux cas, la réduction est bien de 50%, mais l'utilité faible. Faut-il vacciner 100 personnes pour éviter un cas de grippe, sachant que cette vaccination est sans effet sur la fréquence des complications et sur la mortalité ? On peut en douter. Cette vaccination est conseillée chez les personnes âgées, alors qu'aucune étude n'a démontré son efficacité sur cette population. Cette recommandation officielle est liée au fait que la mortalité de la grippe concerne presque exclusivement les personnes de plus de 65 ans, et surtout celles de plus de 90 ans qui constituent près de la moitié (43%) des cas graves par leurs complications.

Cette maladie bénigne est, pour les laboratoires, davantage qu'un marché : « une bulle marketing », entretenue par les politiques apeurés en raison des

prédictions alarmantes de leurs collaborateurs, des médecins experts sous l'influence des industriels qui terrorisent la population, comme on a pu le vérifier lors de l'épidémie inventée de toutes pièces par les experts de l'OMS en 2009, [11] dont le coût en France atteignit 662,6 millions d'euros, [12] sans compter les dépenses pharmaceutiques, notamment celles liées à un médicament, l'oseltamivir, dont l'efficacité reste à démontrer. [13]

Vaccination contre le cancer du col utérin

La vaccination contre le développement des cancers du col utérin est, aujourd'hui, une imposture, car son efficacité est hypothétique et les risques indirects plus élevés que les industriels veulent bien le reconnaître. On peut craindre en effet une augmentation du nombre de ces cancers dans les années à venir, car il est possible, et même probable, que les jeunes femmes vaccinées ne seront pas, tout au long de leur vie jusqu'à 64 ans, aussi attentives à la réalisation périodique (tous les trois ans, de 25 à 64 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle) d'un frottis cervico-utérin, seule technique ayant largement prouvé son efficacité préventive.

Il importe en effet de ne pas oublier que les vaccins proposés (Gardasil, Cervarix) n'ont toujours pas démontré plusieurs années après leur mise sur le marché qu'ils étaient capables de réduire l'incidence dans la population vaccinée des dysplasies sévères ou graves qui peuvent évoluer vers un cancer. [14] Il est possible que cette démonstration soit faite dans les prochaines années, mais ce n'est pas le cas aujourd'hui. [15] C'est la raison pour laquelle vacciner une jeune fille, avant le début de son activité sexuelle, est une décision qui doit être prise par la patiente après un entretien avec un médecin, conduit hors de la présence de sa mère qui, affolée par la publicité des laboratoires pharmaceutiques, veut souvent imposer cette vaccination à sa fille, dont elle ne connaît pas toujours la vie sexuelle. Au cours de cette consultation, cette jeune fille sera informée de la nécessité d'un suivi régulier par un frottis cervico-utérin, sachant que cette vaccination n'a pas démontré son utilité pour éviter le développement d'un cancer.

Pour dépister un cancer

D'autres actions de prévention visent le dépistage des cancers.

L'une concerne le cancer de la prostate. Elle est déconseillée par les autorités médicales, mais recommandée par des médecins spécialisés qui interviennent des milliers de fois chaque année pour enlever une prostate cancéreuse. D'autres sont, en partie, organisées par le gouvernement et les organismes de sécurité sociale, sans que les informations indispensables à une prise de décision par les patients soient largement diffusées à la population. C'est le cas du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

Pour rechercher un cancer de la prostate

Dépister chez tous les hommes à partir de 50 ans un cancer de la prostate, en

l'absence d'un symptôme permettant d'évoquer ce diagnostic, est une attitude que conseillent les urologues français, en dépit de toutes les recommandations internationales.

Ce dépistage est simple : une prise de sang mesure le taux des antigènes spécifiques de la prostate (PSA). Si ce taux est supérieur à la normale, divers examens radiologiques et des biopsies seront réalisés.

Si l'existence d'un cancer est prouvée, des traitements seront proposés, pharmacologiques, chirurgicaux ou radiothérapeutiques, dont il n'est pas démontré qu'ils prolongent la vie des malades, [16] mais dont on sait qu'ils sont à l'origine d'une fréquence élevée de troubles sexuels et urinaires ou digestifs (dans le cas d'une radiothérapie) qui diminuent beaucoup la qualité de vie. La probabilité de ces risques est passée sous silence par les médecins. Plus récemment a été observé une augmentation des taux de suicide et d'accidents cardio-vasculaires dans les semaines qui ont suivi le diagnostic. [17]

Si l'existence d'un cancer n'est pas prouvée par une biopsie, le patient sera convoqué régulièrement, une fois par an, et de nouveaux dosages, de nouvelles biopsies seront réalisés ; ces dernières lui feront courir le risque d'une complication infectieuse. A la longue, sachant que la majorité des hommes de plus de 60 ans et les trois quarts des sujets âgés de plus de 75 ans ont des cellules cancéreuses dans la prostate, et ce cancer finira souvent par être découvert, puis après de nouveaux examens radiologiques, traité médicalement et surveillé ou opéré ou irradié. [18]

Pour dépister un cancer du sein

Les évaluations de ce dépistage ont concerné 600.000 femmes et suscité plus d'une dizaine d'essais cliniques. De nombreuses études épidémiologiques ont été publiées dans la presse scientifique depuis 2001. Leurs résultats commencent à peine à être divulgués dans les médias, mais ne le sont pas encore par les institutions médicales et par le gouvernement, chargés de promouvoir ce dépistage auprès de toutes les femmes âgées de 50 ans à 74 ans, qui sont invitées à réaliser une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, ou à se présenter chez leur médecin pour réaliser cet examen.

L'efficacité du dépistage est incertaine. Sur 2.000 femmes qui participent à un dépistage, une ou deux pourront en bénéficier, car leur vie sera prolongée, mais en raison d'un nombre très élevé de résultats anormaux (plusieurs centaines), de nombreuses biopsies seront réalisées et plusieurs femmes subiront un traitement chirurgical pour un cancer du sein qui n'aurait pas évolué et dont elles n'auraient jamais eu connaissance.

Tout se passe comme si participer à ce dépistage était une loterie offerte aux femmes à partir de 50 ans avec trois possibilités dans les années à venir:

- dans un pourcentage élevé allant de 20 à 40% des patientes, être inquiétées à

- tort par la découverte d'une lésion qui, en définitive après de nouveaux examens et parfois une biopsie, se révélera être non cancéreuse ;
- après 10 ans de dépistage et la réalisation de milliers de mammographies, éviter, pour une femme sur 2.500, de mourir d'un cancer d'un sein ;
 - enfin, sur 2.500 femmes ayant acceptées le dépistage, 5 à 15 seront traitées chirurgicalement en raison de la découverte d'un cancer qui serait resté silencieux jusqu'à la fin de leur vie. [19]

Ces faits permettent de penser que si le cancer du sein est un problème de santé publique, en raison de sa fréquence - une incidence de 53.000 cas - et de sa gravité - une mortalité de 11.350 cas en 2011 -, le dépistage qui, en raison de ses risques et de sa faible efficacité ne peut améliorer la santé de la population (et qui d'ailleurs ne réduit pas la mortalité globale, toutes causes incluses), n'est pas une action de santé publique. Participer à un dépistage est une décision individuelle qui exige une information claire et complète rarement donnée aux patientes. Le conseil de l'ordre des médecins, [20] le gouvernement, les conseils généraux continuent d'inciter les femmes à réaliser une mammographie sans donner la moindre information sur les risques de ce dépistage. Les syndicats médicaux également, puisque le paiement à la performance, récemment adopté dans le cadre d'une convention avec la CNAM, récompensera financièrement les médecins qui prescriront des mammographies à 80% des femmes qui les consulteront. [21] Il n'est donc pas étonnant que les trois quarts des médecins soient très favorables à ce dépistage et le fassent savoir à leurs patientes.

Ce comportement paternaliste et intéressé est contraire à l'éthique médicale. Les médecins ne doivent pas avoir un discours qui reflète leurs opinions. Leur rôle est d'informer le plus précisément possible leurs patientes, puis mettre en œuvre les décisions qu'elles auront prises. [22]

En 1995, M Baum, un médecin hospitalier londonien, publiait dans *The Lancet* [23] une longue lettre intitulée : *Screening for breast cancer, time to think and stop?*, soulignant qu'il était « intellectuellement malhonnête » de rapporter au dépistage la baisse de la mortalité. Dix-sept ans plus tard, nos connaissances sur ce dépistage ont progressé, les bénéfices et surtout les risques sont mieux connus, mais il semble que les responsables - administratifs, médicaux et politiques - qui gèrent son organisation refusent de se poser la question de l'efficacité et de l'utilité des programmes financés par la collectivité et recherchent seulement le développement des institutions qu'ils dirigent. Dans une démocratie, ces comportements ne sont pas admissibles. Oui, il est temps de réfléchir.

Pour dépister un cancer colorectal

Un autre dépistage conseillé par les médecins et les autorités sanitaires, celui du cancer du côlon et du rectum, pose un vrai problème rarement abordé dans les médias et les revues médicales : celui du critère choisi pour évaluer son utilité. En effet, le dépistage de ce cancer réduit probablement de 10 à 15% la mortalité par cancer du côlon mais ne modifie pas la mortalité de la population

et n'accroît pas son espérance de vie. Pour une raison simple : les essais réalisés pour évaluer l'efficacité de ce dépistage fournissent des résultats après une dizaine d'années. Les sujets qui, en raison du dépistage, évitent de mourir d'un cancer du côlon meurent, après quelques années pour la plupart, d'une autre maladie. Au total, le bénéfice populationnel (le nombre des survivants) après un dépistage ayant duré 10 ans dans une population dépistée comparativement à une population non dépistée est nul ou réduit et n'a pas de signification statistique.

Pour comprendre ce fait, imaginons un sujet qui décide à 45 ans de ne plus jamais monter dans une voiture pour éviter de mourir d'un accident de la route. Sa vie sera-t-elle prolongée ? Rien n'est moins certain car le risque de mourir, chaque année, d'un accident de la route qu'il évite en partie seulement (car il pourrait être l'un des piétons victimes d'un conducteur imprudent ou encore être tué par une voiture en traversant imprudemment la route à la sortie d'un repas bien arrosé), ce risque est de 1,793 sur 1.000 décès en 2010. Ce qui lui laisse 998,2/1.000 risques de mourir d'une autre cause. Cette probabilité peut aussi être exprimée sous une forme plus parlante. En 2010, 36 hommes de plus de 45 ans sur un million ont été tués dans un accident d'automobile et 20.310 sur un million sont morts d'une autre cause. Le risque mortel accidentel est réel, mais la probabilité de mourir d'une autre cause est beaucoup plus élevée. [24]

Ce dépistage, au même titre que de nombreuses actions de santé publique, pose la question : Quel critère d'efficacité un décideur politique doit-il choisir ?

Si le critère choisi pour évaluer l'efficacité de cette action de prévention est la mortalité spécifique par cancer du côlon, le dépistage peut être proposé (sachant qu'il ne sera d'aucune utilité pour 85% des citoyens qui accepteront de le réaliser). [25] Si le critère choisi est la mortalité globale, ce dépistage qui n'est pas sans risque (accidents de la coloscopie [examen le plus conseillé pour faire un diagnostic de polype ou de cancer colorectal], mortalité post opératoire) est inutile. Bien évidemment, les médecins, les institutions médicales, les responsables politiques, plus ou moins consciemment (car : soit leur information est incomplète ; soit résister à la pression des partisans du dépistage généralisé leur est impossible pour des raisons politiques), proposent à toute la population ce dépistage en n'explicitant jamais cette différence entre mortalité globale et mortalité spécifique liée à une maladie.

Les résultats d'une des 3 enquêtes randomisées concernant le dépistage du cancer colorectal compare deux groupes d'égale importance et dont l'état de santé est similaire. Chaque groupe est constitué de plus de 30.000 personnes. Toutes sont suivies durant 13 ans. Chez un groupe (30.967 sujets), un dépistage est réalisé tous les deux ans. L'autre groupe, non dépisté, sert de témoin (30.966 sujets). Le nombre des décès toutes causes est de 8.732 dans le groupe dépisté et de 8.724 dans le groupe non dépisté (groupe témoin). Le nombre des décès par cancer du côlon est plus élevé dans le groupe contrôle (341) que dans le groupe dépisté (292). Mais celui des décès d'une

cause autre que le cancer colorectal est plus élevé dans le groupe dépisté (8.440 contre 8.383). Il faut bien mourir un jour, et si le dépistage peut nous éviter la mort par cancer du côlon, une autre cause nous emportera tôt ou tard. [26]

NOTES ET REFERENCES

[1] Comparativement à celui des spécialistes et des médecins hospitaliers, le pourcentage de ces patients dans la clientèle des médecins généralistes est certainement plus élevé, car c'est à eux, avec raison, que ces patients s'adressent habituellement en première intention. Il n'existe pas d'enquête précise, mais seulement des estimations sur le pourcentage de ces patients dans les cabinets médicaux. Certains médecins disent ne rencontrer que très rarement ces patients. Pour d'autres, ils constituent une part importante (20 à 40%) de leur clientèle. Ces divergences sur le pourcentage de ces patients peuvent être réelles, mais elles sont aussi liées à la méconnaissance de l'existence de ces sujets. Pour certains médecins en effet, toute personne qui entre dans un cabinet de consultation est un malade, même s'il l'ignore. Jules Romains dans Knock avait parfaitement analysé cette situation.

[2] Audition du Professeur Hubert Allemand, Médecin Conseil National, directeur adjoint de la CNAM, à la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale le 20.10.2011 (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale).

[3] La Cour des Comptes signale qu'en 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique a conclu pour sa part qu'il existe peu de preuves concernant l'utilité de ces consultations dédiées à certains publics (Cour des Comptes : La Prévention Sanitaire. Octobre 2011. Communication à la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale).

[4] Kmietowiz Z “*Better safe than sorry?*” BMJ 2007;335:1182-1184.

[5] Redberg RF “*Healthy men should not take statins*” JAMA 2012.307/1491-1492. Cet article commandé par le JAMA à Rita F Redberg est opposé dans un face-à-face à un article exprimant un point de vue opposé, mais concernant des sujets à risque. Blaha M et collaborateurs « *Statin therapy for healthy men identified as increased risk* » JAMA 2012.307/1489-1490

[6] Muldoon MF et collaborateurs “*Randomised trial of the effects of simvastatin on cognitive functioning in hypae cholesterolemic adults*” Am J Med 2004; 117:823-829.

[7] Saffar N et collaborateurs “*Statins and risk of incident diabetes : a collaborative meta analysis of randomized statins trials*” The Lancet 2010; 27 February ; 375 :735-42.

[8] **L'hypercholestérolémie** est, considérée depuis des années comme un

facteur très important de risque cardiovasculaire.

La mise sur le marché d'hypocholestérolémiants efficaces : les statines, a conduit à une généralisation de ce dosage et à la prescription systématique de ces médicaments chez des sujets en parfaite santé, sans aucun antécédent cardiovasculaire, dont le taux de LDL cholestérol (le mauvais cholestérol) est un peu élevé. Cependant divers auteurs dont la qualité scientifique est reconnue - par exemple en France M de Lorgé (dernier livre publié : *Cholestérol: Mensonges et Propagande*. Editions Thierry Souccar) et en Angleterre K Ray (Arch Int Med 2010; 170(12) : 1024-31) - contestent cette affirmation. Leurs travaux font appel à des études expérimentales et à une analyse de travaux déjà publiés dont ils révèlent les biais.

Une statistique américaine portant sur 136.905 patients admis à l'hôpital pour une pathologie coronarienne révèle que les trois quarts des malades n'avaient pas un taux de LDL cholestérol élevé (American Heart Journal 2009 ; 157 (1) :111-7). En outre, dans l'étude de K Ray, aucune relation n'existait entre le taux initial de cholestérol et la mortalité toutes causes confondues, et la diminution de ce taux n'a eu aucun effet sur la mortalité. Bien évidemment, on trouve dans la littérature de nombreux essais qui, pour leurs auteurs, montrent que les statines diminuent le taux de mortalité en prévention primaire chez des sujets qui n'ont, par définition, aucun antécédent cardiovasculaire. Mais si l'on exclut des revues systématiques - qui analysent et regroupent ces essais cliniques - les études qui sont manifestement biaisées, aucune réduction de la mortalité n'est observée (Therapeutics Initiative University of British Columbia. *Therapeutic Letter* March April 2010). L'efficacité des statines en prévention primaire semble davantage liée aux biais des études qu'à un effet vrai. L'efficacité des statines en prévention primaire n'est pas prouvée. Par contre, leur prescription favoriserait chez 9% des sujets l'apparition d'un diabète. (Quoique contestée par certains chercheurs, l'indication des statines reste justifiée en prévention secondaire chez des malades atteints d'une pathologie coronarienne.) Le coût des statines pour l'assurance maladie était d'un milliard en 2008, dont une grande partie - estimée aux trois quarts des prescriptions - concernait dans le monde occidental la prévention primaire. (Green L A « *Cholesterol-lowering theory for primary prevention* » Arch Int Med 2010 ;28 June 170 :1007-8). Ces ressources qui s'élèvent à environ 750 millions d'euros pourraient être mieux utilisées. A ces dépenses il convient d'ajouter le coût des prescriptions des bilans lipidiques (19.923.000 bilans en 2009 pour un coût de 172.4 millions d'euros, si l'on prend pour source le Point de repère N° 31 (décembre 2010), disponible sur le site de l'assurance maladie : AMELI). Trois quarts de ces bilans lipidiques sont prescrits à des sujets en excellente santé.

[9] L'ostéoporose est un facteur de risque parmi d'autres pour la survenue de fractures, notamment vertébrales et de la hanche. L'utilisation intensive de l'ostéodensitométrie a permis de faire de ce facteur de risque une maladie. L'indicateur de la densité osseuse est le T Score, qui est égal à 1 chez un adulte jeune en bonne santé. Lorsque la valeur de ce T

Score est égale ou supérieure à moins 2.5, on parle d'ostéoporose - et d'ostéopénie lorsque cette valeur est comprise entre moins 2.5 et moins 1. La précision de cette mesure est faible et son utilité pour évaluer le risque de fracture manque de robustesse, pour de multiples raisons :

1. L'ostéodensitométrie n'évalue qu'approximativement la minéralisation de l'os ;
2. 80% des fractures qui surviennent après un léger traumatisme concernent des sujets qui ne sont pas atteints d'ostéoporose. Des modifications de la structure osseuse peuvent fragiliser les os indépendamment de la densité osseuse;
3. De nombreux facteurs de risque concourent à la survenue d'une fracture après une chute: l'âge est un facteur qui pèse beaucoup dans ce risque, de même qu'un antécédent personnel de fracture, un poids faible, un tabagisme, un traitement par des corticoïdes, une absence de traitement hormonal substitutif après la ménopause, une faible activité physique ou une longue immobilisation, une fracture de hanche de la mère, une ménopause précoce, une consommation excessive d'alcool... Bref, il existe beaucoup de facteurs favorisant l'apparition d'une fracture après un traumatisme.

De nombreux médicaments sont disponibles pour traiter l'ostéoporose. Leur utilité est discutable, car ils diminuent principalement le nombre des fractures vertébrales, qui sont le plus souvent asymptomatiques et dont le nombre est de toute façon difficile à évaluer. La diminution en valeur absolue des fractures des membres, et notamment des fractures de hanche qui sont la complication majeure de l'ostéoporose, est très faible (1 à 3 pour cent des malades traités après 3 ans). Actuellement, les traitements sont remboursés chez les femmes qui n'ont pas de fracture mais dont l'ostéodensitométrie révèle une ostéoporose. Il s'agit donc d'une prévention primaire des fractures par un traitement pharmacologique. Or cette prévention n'a pas fait la preuve de son efficacité sur les fractures de hanche. (Pablo Alonso- Coello et collaborateurs « *Drug for pre-osteoporosis: prevention or disease mongering* » BMJ 19 January 2008; 336: 126-129. Nelson HD et collaborateurs « *Screening for osteoporosis: An update for the U.S. preventive services task force* ». Ann Int Med 20 July 2010 ; 159 : 99-111.)

Les fractures de hanche - 79.200 en France en 2009 - constituent une pathologie grave en raison des handicaps et de la mortalité, chiffrée à 10% après un an, selon la DREES (Etudes et résultats N°774. « *Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009* »).

De nombreux scientifiques pensent que la prévention de ces fractures ne saurait être améliorée par les médicaments actuellement disponibles et que la seule conduite efficace consiste à mettre en place une politique de prévention des chutes, qui sont liées en partie à l'usage abusif des médicaments, et notamment des sédatifs et des psychotropes. (Teppo Jarvinen et collaborateurs « *Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls* » BMJ 19 January 2008; 336:124-126). Chaque année, 1.5 millions de

personnes âgées tombent occasionnellement et 1.5 millions à plusieurs reprises. 125.000 sont hospitalisées et 9.800 décèdent. La prévention des chutes est un problème de santé publique négligé. Aux Etats-Unis, les fractures de hanche sont la troisième cause la plus coûteuse d'hospitalisation, pour un montant de 5.8 milliards de dollars. (Cutler DM « *The potential for cost saving through bundled episode payments* » N Engl J Med 2012; 366: 1075-7). Les 228 millions dépensés en 2009 par l'assurance maladie obligatoire pour rembourser les médicaments anti ostéoporotiques seraient mieux utilisés dans des programmes de prévention des chutes. (Haute Autorité de Santé « *Prévention des chutes accidentelles chez les personnes âgées* » Novembre 2005).

[10] Les lecteurs intéressés par la vaccination antigrippale prendront avec intérêt connaissance du dossier précis et documenté, intitulé « *Faut-il se vacciner contre la grippe ?* », publié sur le site ATOUTE, animé par le Docteur Dominique Dupagne (<http://www.atoute.org/n/article162.html>)

[11] **Une démystification de la maladie grippale est nécessaire**

Nos idées sur cette maladie tiennent à sa gravité historique, à la fréquence des états grippaux, à la peur ancestrale qu'elle suscite et aux recommandations des experts, pour la plupart sous l'influence des industriels du médicament, qui ont convaincu les responsables de la santé publique et les décideurs politiques de la mise en œuvre d'une vaccination dont l'efficacité reste à démontrer au plan collectif.

La grippe est connue dans le monde entier, comme la peste ou le choléra, par les épidémies dont elle fut responsable. La plus récente - la grippe espagnole - fit des millions de morts dans les pays en voie de développement et dans les populations défavorisées du monde occidental, en raison des complications pulmonaires dont elle fut responsable et qui étaient inaccessibles à un traitement efficace, en l'absence des antibiotiques pas encore découverts. Les malades affaiblis dénutris qui vivaient dans de très mauvaises conditions d'hygiène mourraient de surinfections. Aujourd'hui, les médicaments permettent de guérir la très grande majorité de ces malades, et seules les pneumonies grippales, heureusement rares, sont graves, particulièrement chez les sujets âgés et fragiles ou chez des adultes atteints de maladies chroniques.

Des dizaines de virus (virus grippal influenza, rhinovirus, adénovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial) sont susceptibles d'induire des signes cliniques qui caractérisent les états grippaux, tels que fièvre, courbatures, maux de tête, une très grande fatigue... Parmi les sujets malades, en dehors de la période épidémique, seul un petit nombre – 15% - est atteint par un virus grippal. Lors d'une épidémie, le pourcentage d'infection grippale par rapport aux infections virales pseudo-grippales augmente et peut atteindre ou dépasser 45%. Le nombre des sujets atteints d'un syndrome grippal lors de l'épidémie hivernale en France varie d'une année à l'autre, du simple au double (2 et 4 millions), soit entre 1 et 1.5 millions de cas de vraie grippe en période

épidémique). La maladie guérit en quelques jours, mais une fatigue peut persister plusieurs semaines. Avant 65 ans, la mortalité est très faible : un cas sur 1.000.000 de personnes. Une hospitalisation ou un passage aux urgences hospitalières après une consultation en médecine générale pour une infection grippale était de 0,3% en 2011. La même année, les risques de mort concernaient les sujets de 80 ans et davantage, puisque 43% des décès surviennent après 90 ans. La létalité, c'est-à-dire le pourcentage de décès par rapport au nombre de cas dans cette population très fragile, est de 2%. Une comorbidité, c'est-à-dire la survenue d'une grippe chez un sujet déjà atteint d'une maladie chronique, notamment un cancer ou une bronchite chronique, est un facteur de risque majeur. Durant la période allant de 2000 à 2008, 437 décès annuels pour grippe ont été enregistrés, avec un âge moyen de 82 ans.

Durant l'épidémie de 2009, abusivement dénommée « pandémie », 349 décès ont été enregistrés, pour un âge moyen de 59 ans. (BEH 37-68 du 11 octobre 2011). Les personnes âgées furent épargnées, car elles avaient été atteintes précédemment par un virus proche qui les avaient immunisées.

Quels sont les objectifs du traitement ? Réduire la mortalité spécifique à la grippe et l'incidence de la maladie.

Pour atteindre ces deux objectifs, une vaccination efficace serait une arme très efficace, comme dans de nombreuses maladies infectieuses. Est-ce le cas avec les vaccins disponibles, renouvelés chaque année en raison des mutations virales ? La réponse est non, pour les raisons suivantes :

1. L'efficacité de la vaccination préventive pour réduire la fréquence des cas de grippe est probable, mais limitée. Les effets de la vaccination sur les journées de travail perdues et sur le taux d'hospitalisation, s'ils existent, sont minimes et variables d'une année à l'autre, en raison de l'adaptation plus ou moins complète de la composition du vaccin au virus en cause dans l'épidémie.
2. La vaccination n'a pas démontré son efficacité pour réduire la mortalité dans la population. La mortalité concerne presque exclusivement les personnes âgées de plus de 65 ans. Entre 2000 et 2005, 60 personnes de moins de 65 ans sont décédées chaque année, soit un décès pour 1 million d'habitants. La mortalité concerne donc presque exclusivement des sujets âgés et fragiles auxquels, en France, une vaccination est conseillée et prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire. Malheureusement, aucune étude expérimentale chez des sujets de plus de 65 ans n'a démontré l'efficacité de cette vaccination.

A défaut d'une vaccination efficace capable de réduire la mortalité, disposons-nous de médicaments à la fois efficaces et spécifiques des infections par les virus grippaux ? La réponse est négative : l'oseltamivir (Tamiflu), conseillé en 2009 par le gouvernement, n'a pas démontré une réelle efficacité préventive chez les adultes jeunes. (Cochrane review "Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults" BMJ doi:10.1136/bmj.b5106 [8 December 2009]). Le service médical rendu par ce

médicament dans le traitement curatif de la grippe est insuffisant, selon la commission de la transparence de la Haute autorité de Santé (séance du 21 octobre 2009).

Conclusion

La stratégie de lutte contre la grippe focalisée sur la population âgée peut être qualifiée de baroque. Certes, cette population est la plus menacée, et c'est la raison du choix fait par le gouvernement de la vacciner. Ce choix, en apparence logique, repose sur un postulat : la vaccination réduit la mortalité des personnes âgées atteintes de la grippe. Malheureusement, cette stratégie ne peut s'appuyer sur des travaux qui démontreraient que la vaccination des personnes âgées réduit leur mortalité. Vacciner de préférence les personnes âgées n'est pas une stratégie efficace (Osterholm M et collaborateurs « *Efficacy and effectiveness of influenza vaccines : a systematic review and meta-analysis* » *The Lancet Infection*. 2011. ; 26 October DOI.10.1016/51473-30099(11)70925-x). C'est pourquoi d'autres pays ont focalisé leur approche préventive, pour réduire l'incidence de la grippe chez les personnes âgées, en vaccinant les enfants. (Charu V et collaborateurs « *Influenza-related mortality trends in Japanese and American seniors : evidence for the indirect mortality benefits of vaccinating schoolchildren* » *PLoS One* 2011 ;6 (11) e 26282. Epub 2011 Nov 7). Cette vaccination diminuerait les risques de contamination des adultes jeunes ou âgés. Une vaccination généralisée est coûteuse et ne diminue pas l'incidence de la maladie. (Groll DL et collaborateurs « *Incidence of influenza following the universal influenza immunization campaign* » *Vaccine* 2007; 25:67-9). On pourrait ajouter que, pour prévenir la grippe chez les personnes âgées en maison de retraite ou séjournant dans des établissements pour personnes âgées, ce sont les soignants qu'il conviendrait de vacciner en priorité, afin qu'ils ne transmettent pas l'infection à des personnes âgées et fragiles, tout en sachant que cette vaccination ne peut remplacer le port de masques et une hygiène rigoureuse des mains.

Mais pourquoi la stratégie n'évolue-t-elle pas, alors que ces données sont connues depuis des années? La première raison est qu'elle rapporte chaque année des milliards de dollars aux industriels. La seconde est que la population adhère à cette vaccination, et la dernière est que, pour les gouvernements, les professionnels des soins et les patients, reconnaître cette erreur stratégique serait aussi reconnaître les errements de la politique de prévention et de santé publique.

[12] Cour des comptes. Rapport public annuel, février 2011, page 209.

[13] Le *British Medical Journal* a publié une note explicative qui révèle que les laboratoires Roche n'ont pas délivré à l'Agence européenne du médicament (EMA) l'ensemble des données concernant l'oseltamivir (Tamiflu) et que ce refus a également concerné la demande des chercheurs du groupe Cochrane qui pose de nouvelles questions sur la sécurité de ce médicament. Quant à l'agence états-unienne du médicament (FDA) : elle a eu accès aux résumés

statistiques fournis par les laboratoires, mais n'a pas eu connaissance des données individuelles. Cependant, l'Organisation mondiale de la santé a reconnu ce médicament comme essentiel. Malgré l'absence d'effet préventif démontré, plusieurs nations ont dépensé avec cette indication des milliards de dollars pour l'achat d'oseltamivir (Deborah Cohen « *Questions remain over safety and effectiveness of oseltamivir* » BMJ 2012 ;344 : e467).

[14] Le cancer du col utérin est le 11ème cancer le plus fréquent chez la femme.

En 2010, le nombre de cas nouveaux était de 2.820 et la mortalité de 920 cas : mortalité et incidence diminuent régulièrement depuis 2000. Le dépistage par l'examen d'un frottis cervico-utérin, suivi en cas d'anomalies cellulaires d'une colposcopie et d'une biopsie, est réalisé chez 60% des femmes. Ce taux est insuffisant et explique en grande partie la position moyenne, en Europe, de l'incidence et de la mortalité en France (incidence : 11ème position ; mortalité : 9ème position). Pour améliorer ce pourcentage, un dépistage organisé a été institué en 2010 à titre expérimental dans 14 départements.

L'utilité des deux vaccins (Gardasil et Cervarix) mis sur le marché depuis 5 ans (septembre 2006) est contestée par de nombreux épidémiologistes, ce qui n'empêche pas les autorités sanitaires de recommander la vaccination des jeunes filles dès l'âge de neuf ans et des jeunes femmes jusqu'à 26 ans. En décembre 2010, 4 millions de doses avaient été délivrées et 1.500.000 jeunes filles ou jeunes femmes vaccinées.

Cette vaccination est une imposture, dans la mesure où elle n'a pas fait la preuve de son efficacité sur le seul critère de substitution acceptable : la diminution de la fréquence des lésions précancéreuses chez les sujets vaccinés, comparée à la fréquence dans une population de sujets non vaccinés.

L'expérimentation d'un nouveau médicament implique la définition d'un critère principal. Par exemple la réduction par la vaccination de l'incidence des cancers du col utérin. Lorsque ce critère principal n'est pas rapidement utilisable, pour diverses raisons, un critère intermédiaire peut alors être proposé par les organismes officiels chargés de donner une autorisation de mise sur le marché. (C'était le cas pour ce vaccin, car il faut en moyenne 15 ans pour que se constitue un cancer du col utérin, et les industriels - qui ne souhaitent pas attendre 15 ans avant de vendre leur produit - avaient demandé la mise en œuvre d'une procédure accélérée pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché.)

Ce critère intermédiaire est dit « de substitution » lorsque ses résultats permettent d'inférer, avec une grande sécurité, à ceux qui auraient été observés avec le critère principal. Dans le cas des vaccins contre le cancer du col, on pouvait admettre comme critère de substitution pertinent : la diminution, sous l'influence de la vaccination, des lésions précancéreuses du col utérin (appelées dysplasies, dont la gravité va de 1 à 3) mises en évidence par des frottis

cervico-utérins et une biopsie, dans la mesure où ces lésions précèdent toujours le développement d'un cancer. Ce critère de substitution (dysplasies de niveau 2 et 3) est cependant imparfait, car les lésions induites par ces virus peuvent spontanément régresser. L'efficacité mesurée par ce critère de substitution est donc supérieure à l'efficacité réelle.

Ce critère a été demandé à l'industriel en 2001 - et en 2012, les industriels ne l'ont toujours pas fourni. Certes, le vaccin diminue la fréquence des lésions liées aux variétés de papillomavirus qu'il contient et qui sont réputées responsables de 70% des lésions, mais il n'a pas été démontré que le pourcentage global de lésions utérines était diminué. Ce critère est important, car de nombreuses variétés de virus peuvent induire des lésions précancéreuses. Il est possible que ces variétés remplacent les virus ciblés par la vaccination et induisent des lésions précancéreuses. La Food and Drug Administration (FDA) homologua cependant en mai 2006 ce vaccin et les autorités européenne et française suivirent cet exemple.

Au total, un produit est sur le marché mondial, vendu à des dizaines de millions de jeunes femmes, sans avoir démontré son utilité pour réduire la fréquence de ce cancer. Une seule étude a essayé de prouver son utilité pour diminuer la fréquence des lésions dans une population des jeunes filles, en comparant cette fréquence avant et après la mise en œuvre d'une vaccination. Cette étude observationnelle et non expérimentale utilise donc une comparaison historique qui implique une multitude de biais et n'apporte pas la preuve scientifique de l'utilité de ce vaccin. (Brotherton J et collaborateurs *"Early effect of HPV vaccination program on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study"* The Lancet 2011; 377, (18-24 June), 9783:2085-2092).

Bien évidemment, il est possible que ce vaccin soit efficace, mais 9 ans après les premiers essais cliniques, la preuve de cette efficacité n'a toujours pas été fournie. Et pourtant, cette vaccination est conseillée en espérant qu'elle sera utile. Autrement dit, les autorités sanitaires font le pari que cette vaccination est utile et dépensent des centaines de millions d'euros sans avoir la preuve de l'efficacité de cette dépense. Notons au passage deux faits : 1° La vaccination ne dispensant pas les femmes de la réalisation périodique d'un frottis cervico-vaginal, cela conduit à cumuler les frais de la vaccination et ceux des frottis ; 2° La mise sur le marché du produit sans attendre la preuve de son efficacité évitera aux industriels de faire les coûteuses expérimentations nécessaires pour fournir cette preuve.

Pour en savoir plus

Sur le site « Pharmacritique », le lecteur trouvera une abondante information sur ce vaccin, notamment une analyse « *Gardasil : une efficacité surévaluée* » publiée le 22 février 2008. Une lettre adressée au ministre de la Santé par l'association médicale « Med Océan » est une bonne critique de ce vaccin et des décisions gouvernementales. Elle est disponible à l'adresse

suivante <http://www.medocean.re/category/activite/hpv>). Enfin le livre de Catherine Riva et de Jean-Pierre Spinosa, « La piqûre de trop » (Xenia Editeur 2010) est une analyse complète des données disponibles en 2010.

[15] Un récent article financé par les industriels qui fabriquent le vaccin et dont les données ont été traitées par les collaborateurs de ces industriels a été publié par EA Joura et ses collaborateurs (« *Effect of the HPV quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data* » BMJ 2012;334: e1401). Cet article analyse le devenir de femmes vaccinées et qui ont subi ensuite une intervention pour un cancer du col utérin. Il s'agit donc non d'un essai, mais d'un suivi d'un sous-groupe de patientes ayant été incluses dans les essais antérieurs. L'incidence d'une lésion utérine après le traitement était plus basse chez les femmes vaccinées que chez celles qui ne l'étaient pas ; mais, comme le fait remarquer un lecteur dans une courte réponse, cette réduction est aussi observée pour les infections liées à des types viraux absents du vaccin. Ce constat conduit l'auteur de cette lettre à conclure que la réduction de l'incidence n'est pas liée à la vaccination. En outre, les lésions cervicales disparaissant pour un nombre élevé d'entre elles avec le temps, cette incidence ira en diminuant et les risques pour les patientes est indéterminé. Un éditorial accompagne aussi cet article ; son auteur émet quelques doutes sur la méthodologie et note l'absence des informations nécessaires pour fournir la preuve de l'efficacité de la vaccination à éviter une nouvelle infection à un papillomavirus après traitement (Kim JJ « *Effect of quadrivalent HPV vaccination on HPV related disease in women treated for cervical or vulvar/vaginal disease. Subsequent disease is reduced in women who undergo treatment post vaccination* » BMJ 2012; 344:e1544).

[16] Sandblom G et collaborateurs « *Randomised prostate cancer screening trial: 20 years follow up* » BMJ 2011.342d1539 doi: 10.1136/bmj.d1539. Après 20 ans, il n'y a pas de différence de mortalité par cancer de la prostate entre le groupe ayant été dépisté et un groupe témoin).

Andriole G1 et collaborateurs « *Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal and ovarian cancer screening trial: Mortality results after 13 years of follow-up* » J Natl Cancer Institute 2012 18 jan; 104 (2): 125-132. Pas de différence de mortalité par cancer de la prostate dans un groupe où un dépistage systématique fut réalisé chaque année durant 13 ans, en comparaison avec un groupe témoin dont quelques participants furent dépistés à leur demande.

Un récent travail publié le 15 mars 2012 affirme que la mortalité peut être réduite par le dépistage. La réduction est de 1 sujet pour 1.055 après 11 ans (Schröder FH et collaborateurs « *Prostate cancer mortality at 11 years of follow-up* » N Engl Med 2012 ; 366 :981-990).

[17] Fall K et collaborateurs « *Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: Prospective cohort study* »

PLoS Medicine 2009;6(12):e1000197. doi:10.1371/journal.pmed.1000197.

[18] Quelques données épidémiologiques sont utiles à la compréhension du dépistage du cancer de la prostate. Le nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancer de la prostate en France est de 71.500. Le nombre annuel estimé de décès est de 8.700. Le taux de mortalité est de 10.8 pour 100.000 hommes. L'âge médian au décès est de 80 ans (Institut National du Cancer : Agence sanitaire et scientifique en cancérologie). Le nombre de prostatectomies fut en France en 2010 de 22.000.

En 2006, le nombre des prostatectomies variait du simple au double selon les régions : 329/100.000 en Bretagne, 143 en Limousin (Observatoire sur les pratiques urologiques. OBERSA PUR), correspondant à des variations également du simple au double de l'incidence (le taux annuel des nouveaux cancers) des cancers en Bretagne 150/100.000 et dans le Sud Est 87.5/100.000.

En cas de cancers localisés, qui constituent 80 % des cancers lors du diagnostic, le taux de survie est de 100% à 5 ans, selon l'Institut National du Cancer (*Survie attendue des patients atteints de cancer en France. Etat des lieux*. Avril 2010). En l'absence de traitement, le taux de survie est de 80% à 15 ans, selon la Cour des comptes (*La prévention sanitaire*. Octobre 2011, page 57). Le taux de dépistage chez les hommes de plus de 55 ans est de 52%, selon le Baromètre de l'INPES 2005.

Si les experts en santé publique sont, en majorité, défavorables au dépistage organisé du cancer de la prostate, les urologues sont d'un avis complètement opposé. En pratique, ce dépistage est réalisé chaque année sur 6 millions de patients. (La population masculine de plus de 55 ans est de 12 millions de personnes, et 52% ont souhaité un dépistage).

Un récent travail de la CNAM (*Dépistage du cancer de la prostate*, 6 Avril 2012) révèle des faits surprenants qui témoignent d'une absence grave de réflexion des prescripteurs du dosage des PSA. Malgré les divergences entre l'ensemble des décideurs et les urologues, un consensus existe, en raison de la lenteur d'évolution de ce cancer, sur l'inutilité de ce dépistage après 75 ans. Or les données de l'assurance maladie nous apprennent que sur 3 ans, 76% des patients ont eu un dosage des PSA, prescrit dans 86% des cas par des généralistes. A cet âge, le rapport bénéfices /risques de cet examen est défavorable. Traiter ce cancer exposerait à des risques mortels et à une diminution de la qualité de vie sans qu'un bénéfice puisse être espéré. Qui plus est, 43% de ces sujets sont atteints d'un autre cancer, et un tiers souffre d'une maladie d'Alzheimer. Ces chiffres sont réellement effrayants et témoignent des abus de soins sur des personnes gravement atteintes par des affections chroniques. Ces traitements non seulement inutiles mais dangereux ont un coût estimé à 600 millions d'euros (Tableau de Bord Carré Castan, cité dans Annuaire Sécu, Lettre N° 498, Avril 2012).

La question est alors : *Que faire devant la découverte d'un cancer qui, dans la très grande majorité des cas est, après biopsie, considéré comme à faible risque, donc permettant une longue survie ?*

Trois possibilités sont offertes (Ganz PA et collaborateurs « *National Institutes of Health State of science conference : Role of active surveillance in the management of men with localised prostate cancer* » *Annals of Intern Medicine* 20 February 2012):

1° Mettre en œuvre dans l'immédiat un traitement curatif (prostatectomie) ;
2° Appliquer une surveillance active, c'est-à-dire répéter les biopsies pour suivre l'évolution puis, en cas d'aggravation des lésions, passer à un traitement curatif. Cette stratégie a pour objectif de retarder le traitement ou de l'éviter si les lésions n'évoluent pas ;
3° Attendre et voir ; cette stratégie d'attente vigilante (*watchful waiting*) renonce au traitement curatif et propose éventuellement une intervention lorsque des symptômes la justifient. Cette stratégie repose sur le fait que la très grande majorité des malades atteints d'un cancer dépisté chez des sujets en bonne santé ne meurent pas de ce cancer. L'efficacité comparative de ces trois stratégies est mal connue et dépend de nombreux facteurs, notamment de l'âge des malades.

[19] Welch HG "Screening Mammography – A long run for a short slide?" *N Engl J Med* 2010;363 (13, 23 September);1276-1278.

[20] Le bulletin de l'ordre des médecins s'adressant aux médecins dans son numéro 21 (janvier / février 2012) au sujet du dépistage du cancer du sein est un document instructif. A l'exception du Docteur Philippe Autier, les deux autres rédacteurs - le président du Conseil de l'ordre et la présidente de l'institut national du cancer - affirment que le dépistage organisé a démontré sa capacité à diminuer la mortalité. Quant aux risques, ils sont décrits par le Docteur Autier, dont les travaux ont une audience internationale, mais ne sont pas signalés par les deux autres participants - ou alors minimisés.

[21] **La rémunération à la performance**

La nouvelle convention médicale entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux, tous d'accord pour une fois, a été signée le 26 juillet 2011. Ce texte, en vigueur de 2012 à 2016, prévoit une rémunération à la performance qui s'ajoute à un paiement à l'acte. Vingt-six critères sont identifiés, permettant d'acquérir 1.300 points lorsqu'ils sont tous respectés. Un point vaut 7€ ; la prime annuelle peut donc atteindre 9.100 €.

Avec ce paiement à la performance, la CNAM pourrait faire des économies, car la prescription des génériques entraîne l'acquisition de nombreux points. Exemple de critères : la prescription de 70% des anticholestérols sous forme de génériques est récompensée de 60 points, alors que la prescription d'une vaccination anti grippale chez $\frac{3}{4}$ des patients âgés de plus de 65 ans vaut 20 points.

Si le syndicat de médecine générale a exhorté les médecins à refuser ce paiement à la performance, 97.2 des médecins libéraux ont adhéré à ce nouveau mode de rémunération.

Ce mode de rémunération a fait l'objet d'un excellent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2008 (RM 2008-047. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*), dont les conclusions étaient défavorables à ce mode de paiement qui n'avait pas fait la preuve à l'étranger de sa capacité à améliorer les soins et à faire des économies.

Il est en effet vraisemblable que les indicateurs de qualité choisis par les signataires ne sont pas toujours pertinents, pour au moins trois raisons :

1. Ces indicateurs sont souvent contestés par les scientifiques, car la preuve de leur efficacité n'est pas faite et leur définition ne repose pas toujours sur des preuves de niveau 1, c'est-à-dire des essais expérimentaux randomisés, mais sur des avis d'experts (niveau 3 de preuve), dont la plupart sont sous l'influence des industriels ou de leur intérêt corporatif ou personnel. L'exemple de la périodicité de l'examen du fond d'œil chez les diabétiques est intéressant. Toutes les recommandations qui conseillent de répéter chaque année cet examen s'appuient sur un niveau de preuve très faible : des avis d'experts. Une étude observationnelle permet pourtant de penser qu'un examen bisannuel est suffisant pour suivre les diabétiques qui n'ont pas de rétinopathie (Olafsdottir et collaborateurs « *Biennial eye screening in patients with diabetes without retinopathy 10-year experience* » Br J Ophthalmol 2007 ; 91 :1599-601). Lorsque les indicateurs émanent des responsables administratifs, leur valeur est parfois discutable, mais il est peu probable que la CNAM donne un avis réservé sur ces indicateurs. (Voir par exemple l'avis sur les vaccinations proposées par le gouvernement).
2. Les recommandations médicales ne doivent pas être appliquées systématiquement. Leur mise en œuvre doit tenir compte de l'état de santé et des modes de vie de chaque malade.
3. Au plan éthique, il est discutable de donner une prime aux médecins, déjà payés à l'acte, pour leurs activités.

Pour les syndicats médicaux et le Conseil de l'ordre des médecins, cette proposition de la CNAM, largement approuvée par les professionnels, a évité à l'assurance maladie une interminable discussion sur l'augmentation des honoraires des médecins (Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins Numéro 22, Mars 2012).

[22] Les études épidémiologiques sur le dépistage du cancer du sein ont porté depuis une dizaine d'années sur ses risques et son utilité.

Les risques sont générés par des erreurs diagnostiques. Comment naissent ces erreurs ?

Première situation : une mammographie est jugée normale alors qu'existe une lésion mammaire. Lors du dépistage organisé, cette erreur - un « faux négatif » - est presque constamment corrigée par une double lecture de la radiographie (la deuxième lecture permettant de dépister 9% des cancers diagnostiqués lors du dépistage organisé). Mais en cas de dépistage individuel, réalisé à la demande du médecin traitant ou de la patiente, la patiente s'en va rassurée, alors qu'elle est peut être atteinte d'un cancer.

Seconde situation, beaucoup plus fréquente : dans 40% des cas, la mammographie est jugée anormale et justifie de nouveaux examens radiologiques et échographiques qui : 1° soit éliminent une lésion maligne (mais parfois recommandant à la patiente, par précaution, de refaire 6 mois plus tard ces examens, la laissant dans l'incertitude et l'angoisse) ; 2° soit concluent à la nécessité d'une biopsie. Celle-ci tantôt éliminera une lésion maligne et la patiente sera rassurée, tantôt révélera un cancer qui sera rapidement opéré. Dans ce dernier cas, les études ont montré qu'il existait un excès de traitements. En effet, un pourcentage diversement évalué - toujours minoré par les médecins et les organismes de dépistage officiels, mais qui pourrait représenter 15 à 25% des cancers découverts par le dépistage selon la plus récente l'étude récente de Mette Kalager (*Annals of Internal Medicine* 2012 ; 156 April : 491-499) - est constitué de tumeurs qui n'auraient jamais été connues de la patiente, car elles n'évoluent pas et restent silencieuses. Ces tumeurs sont parfois d'un volume important et sont alors traitées par une mastectomie. Elles sont en partie responsables de l'augmentation des mastectomies totales depuis la mise en œuvre du dépistage organisé. (Junod B et collaborateurs « *An investigation of the apparent breast cancer epidemic in France : Screening and incidence trends in birth cohorts* » *BMC Cancer* 2011 ;11 : 401)

L'utilité de ce dépistage est contestée depuis 12 ans. Pour deux raisons :

Des études analysant les effets du dépistage montrent :

- en premier lieu : que l'impact du dépistage sur la *diminution de la mortalité est nul ou marginal*. Ce sont les avancées thérapeutiques et une meilleure organisation des soins qui sont les principaux facteurs d'une diminution de la mortalité. (Autier P et collaborateurs « *Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries* » *BMJ* 2010.341/c3620) (Jorgensen KJ et collaborateurs « *Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark : Comparative study* » *BMJ* 2010 ; 340 :c 1241) ; (Kalager M et collaborateurs « *Effect of screening mammography on breast cancer mortality in Norway* » *N Engl J Med* 2010 ; 363 :1203-1210) ; (Raffery J et collaborateurs « *Possible net harms of breast cancer screening updated modelling of Forrest report*» *BMJ* 2011 ; 343 : d7627) ;

- en second lieu : que les risques semblent supérieurs aux bénéfices escomptés par les femmes qui se présentent au dépistage. Le rapport bénéfices/risques proposé par la plupart des analystes des essais cliniques est, avec des

variations selon les auteurs, le suivant :

1. En ce qui concerne le bénéfice, deux versions sont proposées. Dans une version optimiste, sur 1.000 femmes qui auront une mammographie chaque année durant 10 ans, une femme évite de mourir d'un cancer. Dans une version probablement plus proche de la réalité, le bénéfice concerne 1 femme sur 2.000.
2. Les risques sont les suivants pour 1.000 femmes : 2 à 10 femmes subiront un traitement chirurgical pour des tumeurs qui n'auraient jamais été à l'origine d'un signe clinique ; 10 à 15 femmes découvriront plus tôt qu'elles sont atteintes d'un cancer, mais la précocité de ce diagnostic ne changera pas le pronostic ; 100 à 500 femmes seront alertées par une image mammographique suspecte. Cette fausse alerte nécessitera une biopsie dans la moitié des cas (Welch G « *Overdiagnosis and mammography screening* » BMJ 2009 ;339 :182-183).

En France métropolitaine en 2011, dans la population invitée à un dépistage bisannuel - soit : 8.874.824 femmes âgées de 50 à 74 ans -, les décès toutes causes sont au nombre de 48.313, parmi lesquels 5.125 sont la conséquence d'un cancer du sein (10.6% du total des décès, 0.57 décès par cancer du sein pour 1000 femmes soit 5.77 décès en 10 ans), selon l'Institut National du Cancer (Epidémiologie du Cancer du sein). Dans cette population de femmes âgées de 50 à 74 ans, une sur 1.732 décèdera dans l'année d'un cancer du sein et une sur 183.6 d'une autre cause.

En France en 2011, l'incidence (le nombre de cas nouveaux) de cancers du sein était de 31.840, sachant que, dans les conditions optimales de réalisation, 6.3 cancers sont découverts chez 1.000 femmes qui ont une mammographie. Cinq millions de mammographies auraient été nécessaires pour diagnostiquer ces cancers. Selon les données de la CNAM, 2.400.000 de mammographies ont été réalisés en 2011, dans le cadre du dépistage organisé. Ce chiffre correspond à 52% de la population cible, qui représente 4.400.000 femmes dans le cadre d'un dépistage bisannuel (CNAM, Communiqué de presse du 05.04.2012). Le dépistage officiel aurait donc permis de découvrir 15.120 cancers. Les autres cancers auraient été découverts soit par un dépistage individuel volontaire, soit par les femmes lors d'une palpation des seins.

Sachant que le pourcentage de mammographies qui sont anormales et justifient des explorations complémentaires est compris entre 20 et 40%, il est raisonnable d'estimer que dans cette tranche d'âge, des centaines de milliers de femmes seront inquiétées à tort et plusieurs dizaines de milliers subiront une biopsie. Leurs vies - sociale familiale, sexuelle, professionnelle... - seront durablement perturbées. (Van der Steeg AFW et collaborateurs « *Effect of anormal screening mammogram on quality of life* » Brit J Surg. 2011 ; 98 : 537-42).

Aux Etats-Unis d'Amérique, le risque pour une femme de 50 ans de mourir dans les 10 prochaines années d'un cancer du sein est de 4/1.000. Ce risque concerne les femmes chez lesquelles chaque année une mammographie est

réalisée. Si la mammographie réduit ce risque de 10%, le risque sans mammographie serait de 4.4/1.000. Autrement dit, 996 femmes sur 1.000 ne mourront pas d'un par cancer du sein aux Etats-Unis dans les 10 prochaines années. Sans la mammographie, elles auraient été au nombre de 995.6. (Welch G « *Screening Mammography - A long Run for a short slide* » N Engl J Med 2010;366 :1276-78).

En France en 2008, le taux d'incidence annuelle des nouveaux cancers - 99.7/100.000 - et le taux de mortalité - 17.6/100.000 (Taux standardisés monde) - sont plus élevés qu'au Canada et aux Etats-Unis et sont supérieurs à la moyenne des chiffres recueillis dans les 27 pays de l'Union européenne (Institut National du Cancer 2010).

Le taux de mortalité en France diminue (18.5 en 1999-2003). En 2004-2006, le taux français de mortalité (standardisé Europe) était le 17ème sur 30 pays européens. (Autier P et collaborateurs « *Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries* » BMJ 2010.341/c3620).

L'incidence élevée est peut-être en partie liée à la forte consommation hormonale des années passées – traitement hormonal substitutif de la ménopause - et à la généralisation en 2004 du dépistage. Le taux de mortalité plus élevé que dans de nombreux pays est sans doute lié à la fois à un excès diagnostique, à l'organisation des soins et aux procédures thérapeutiques. Selon tous les experts indépendants, l'amélioration de la qualité des résultats dans le cancer du sein est liée à la meilleure organisation des soins et aux améliorations du traitement - et non au dépistage.

Conclusion

Le bilan précis national de l'ensemble des activités de soins liées au dépistage du cancer du sein n'est pas connu - ou du moins non publié par les organismes officiels. En 2011, les données disponibles, les avis des experts et les analyses scientifiques conduisent à proposer, en France, les approximations suivantes pour la cohorte des femmes de 50 à 74 ans : 8.875.000 femmes, dont 4 à 5 millions ont accepté ou demandé une mammographie.

Réponse : Les résultats sont les suivants : plusieurs centaines de milliers de femmes ont été inquiétées par des résultats anormaux, et probablement plusieurs dizaines de milliers ont subi une biopsie qui les a rassurées le plus souvent. 31.840 cancers ont été diagnostiqués puis opérés.

Compte tenu de la faible efficacité de ce dépistage, aucun effet sur la mortalité globale n'a été prouvé ; autrement dit, le dépistage n'améliore pas l'espérance de vie de la population féminine.

L'absence d'effet du dépistage sur la mortalité globale de la population féminine n'exclut pas un effet favorable pour un pourcentage très limité de femmes : 1/1.000 ou 1/2.000. La population féminine qui est invitée au dépistage dans le cadre de ces programmes organisés par les pouvoirs publics

un peu partout dans le monde occidental ne dispose pas des informations indispensables sur les bénéfices et les risques de ces dépistages. De la part des responsables de ces actions qui reposent sur des travaux anciens, aujourd'hui fortement contestés, il s'agit là d'une attitude liée en grande partie à de nombreux conflits d'intérêts : industriels, administratifs, professionnels financiers... Des milliers de fonctionnaires, de médecins et d'employés vivent de l'organisation et de la réalisation de ce dépistage et ne peuvent admettre une contestation de l'utilité de leurs activités (Bock K « *Effect of population-based screening on breast cancer mortality* » Lancet 2011 ;378 : 1775-1776).

(Notons que le journal *Le Monde* a publié le 22 octobre 2011, dans son supplément *Science et techno*, un long article sur le dépistage, qui expose divers points de vue sur son efficacité et ses risques).

[23] Baum M « *Screening for breast cancer, time to think - and stop?* » The Lancet 1995;346:436.

[24] Les données utilisées pour les calculs proposés dans ce paragraphe émanent de divers organismes : La prévention routière en France Bilan 2010. L'Association Prévention Routière. Les données qui concernent la population sont disponibles sur le site de l'INSEE.

Le nombre des tués lors d'un accident de la route en 2010 (concernant les automobiles véhicules légers) est de 2.117. Le nombre des hommes tués - 75 % de cette population - et âgés de plus de 45 ans était de 476. La population masculine âgée de plus de 45 ans incluait 13.066.681 personnes, et le nombre des décès dans cette population était en 2010 de 265.382, soit 20.310/1.000.000 individus. Le pourcentage des décès liés à un accident de la route dans le total des décès des hommes de plus de 45 ans était de 476/265.382 soit : 1,793/1.000. Le pourcentage des décès dans cette population était de 476/13.066.681, soit 36,428/1.000.000.

[25] **Tentative d'évaluation des effets du dépistage du cancer colorectal sur la mortalité**

Dans la population française masculine âgée de 50 à 64 ans, la mortalité toutes causes confondues est en 2010 de 51.534. La mortalité par cancer colorectal est de 1.700 personnes par an (Institut National du Cancer).

Quel résultat espérer d'un dépistage dans cette population masculine?

Une réduction de 15% de la mortalité par cancer colorectal (taux observé dans les trois études randomisées qui ont analysé les résultats d'un dépistage bisannuel) éviterait 255 décès dans cette population, soit un risque de décès évité chez 5 personnes sur 1.000.

La part de la mortalité par cancer colorectal dans la mortalité totale de cette population est de 3.298 %. Le dépistage réduirait ce pourcentage de moins d'une personne sur 100 (0.495) par an, soit 50 personnes sur 1.000 en 10 ans.

Dans la population féminine de 50 à 64 ans, la mortalité toutes causes est de 24.027, la mortalité par cancer colorectal est de 1.095 personnes, soit 4.573% (supérieure à celle des hommes). Une réduction de la mortalité de 15%, soit 164 femmes, réduirait le nombre des décès par cancer colorectal de 70 femmes sur 1.000 en 10 ans.

Pour l'ensemble de la population cible de ce dépistage (50 à 74 ans), soit 17.461.522 personnes, le nombre des décès toutes causes en 2010 était de 145.510, dont 6.191 en conséquence d'un cancer colorectal. Si le dépistage réduisait de 15% la mortalité par cancer colorectal (15% de 6.191), 929 décès seraient évités chaque année, soit 6.4/1.000. A la condition que toute la population cible participe, soit 17.461.522 personnes (en 2010).

Dans la réalité, le pourcentage des participants est proche de 40%, le nombre de décès évités est donc 60 % plus bas que calculé dans cette note. Au total, la réduction annuelle de la mortalité liée au dépistage serait de 370 sujets. En 10 ans, la réduction concernerait 3.700 personnes.

Mais replaçons les chiffres dans la réalité. Dans le même temps, 1.145.510 personnes seront mortes de causes diverses, parmi lesquelles une grande partie des 3.700 sujets dont la vie aurait été transitoirement sauvée par le dépistage. Ainsi va la vie !

Pour éviter un décès par cancer colorectal, il est nécessaire de suivre par dépistage durant plusieurs années entre 594 et 1.173 patients (De Let C et collaborateurs « *Health technology assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique* » KCE reports vol 45B 2006. Ce travail est une remarquable synthèse des travaux déjà publiés en 2006).

Le taux d'incidence et celui de la mortalité par cancer colorectal (pour 100.000) varient presque du simple au double dans les régions française. Voici l'incidence chez les Hommes : Corse 26, Nord - Pas de Calais 46. Et l'incidence chez les Femmes : Corse 19.5, Nord - Pas de Calais 30.8. La mortalité chez les Hommes : Corse 10, Nord - Pas de Calais 18.5. La mortalité chez les Femmes : Corse 5.9 Nord - Pas de Calais 10.2. Ces différences considérables ne peuvent être expliquées par des différences dans la qualité des soins. Ce sont donc des facteurs épidémiologiques qui sont en cause. Des causes environnementales sont probables, notamment l'alimentation (Danaei G et collaborateurs « *Comparative Risk Assessment collaborating Group : Causes of cancer in the world comparative assessment of nine behavioural and environmental risk factors* » Lancet 2005;366:1784-93). Rechercher et réduire ces causes serait beaucoup plus efficace que de dépister ce cancer par une technique médicale invasive (la coloscopie). Une autre solution pourrait être pharmacologique : la prise régulière d'aspirine pourrait diminuer de 15% environ l'incidence de ce cancer, sans doute en réduisant l'incidence des adénomes, après trois ans de prise quotidienne et un risque non négligeable d'accidents hémorragiques (Rothwell PM et collaborateurs « *Short term effects of daily aspirin on cancer*

incidence, mortality and non vascular death : analysis of the time course of risks and benefits in 51 randomised controlled trials » The Lancet 2012 (21 March on line) DOI : 10.1016/S0140-6736(11)61720-0).

Le taux de mortalité de ce cancer (taux standardisé monde) a baissé entre 1984 et 2008 de 25% chez les femmes et de 23% chez les hommes (Institut National du Cancer. *Epidémiologie du cancer colorectal en France métropolitaine. Note 91*).

[26] Jorgensen OD et collaborateurs « *A Randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds.* » GUT 2002;50: 29-32.

19.05.2012

La médicalisation de la santé et du mal-être (II). Par le Pr Claude Béraud

La médicalisation de la santé et du mal-être [Suite]

Par le Pr Claude Béraud

L'utilité de la prévention médicale justifie une analyse critique

Lorsqu'un sujet de plus de cinquante ans - en parfaite santé apparente, dont l'alimentation est équilibrée, qui ne fume pas, boit modérément de l'alcool (donc réduit de 30% le risque de mourir d'une pathologie cardiaque sans accroître les risques de mourir d'une autre cause) et exerce régulièrement une activité physique - entre dans le système de soins, le risque d'en sortir malade est probablement supérieur aux bénéfices qu'il escompte de sa démarche.

Les risques des examens systématiques

Les examens qui ne sont pas décidés sur des critères cliniques et sur la connaissance de l'histoire du sujet n'apportent qu'exceptionnellement des informations utiles à la conduite diagnostique ou thérapeutique.

La multiplication des bilans de santé, des examens complémentaires accroît la probabilité que soient recueillies des données biologiques ou des images radiologiques jugées anormales.

Les informations biologiques ou radiologiques sont liées bien

évidemment à l'état de santé du patient, mais pas seulement. Les conditions de l'examen ou des artefacts techniques peuvent modifier les données recueillies. Fréquemment, des informations considérées comme pathologiques ne le sont pas. C'est, par exemple, le cas de 96,4% des images dites positives et considérées par erreur comme anormales chez les fumeurs qui ont accepté ou demandé la réalisation d'un scanner pulmonaire destiné à dépister un cancer du poumon. [27]

Ces informations constituent des « faux positifs » qui ne présument pas d'un risque pour le patient mais ne seront reconnues comme des données sans aucune valeur pathologique qu'après de multiples contrôles, y compris (mais exceptionnellement) chirurgicaux (tels que la thoracotomie après un scanner chez un fumeur victime d'un faux positif), espacés dans le temps, laissant parfois durant des mois les patients dans l'incertitude et l'angoisse.

Qui plus est, des pathologies, découvertes à la lecture de ces examens qui ne sont justifiés ni par une donnée clinique ni par une souffrance du patient, qui n'auraient jamais évolué et n'auraient jamais entraîné un trouble de la santé, seront traitées, parfois chirurgicalement, toujours par des médicaments.

Deux résultats statistiques que les patients ignorent, mais aussi très souvent les décideurs politiques qui, sans culture scientifique, suivent les conseils donnés par des experts stipendiés par les industriels ou mus par un intérêt professionnel.

La plupart des informations destinées aux patients et aux médecins oublient de signaler deux faits : le nombre de malades qu'il est nécessaire de traiter pour guérir un sujet et les chiffres de la mortalité globale incluant toutes les causes de décès.

L'utilité réelle de ces traitements est souvent faible. Ils évitent la mort pour une cause spécifique à 1 ou 2 patients sur 1.000, sans réduire significativement la mortalité globale, après un traitement ou des dépistages qui dureront plusieurs années. Par contre, ils seront souvent responsables d'effets secondaires plus ou moins graves qui dégraderont la santé physique et morale de ces patients. [28]

Les chiffres de la mortalité globale après un dépistage ne sont pas donnés pour une raison simple : la majorité des actions de prévention médicale ne modifie pas statistiquement la mortalité globale. Il est possible que quelques personnes dans un groupe de dépistage évitent de mourir d'un cancer, mais leur probabilité statistique de vivre plus longtemps n'augmente pas, en raison de la fréquence des autres causes de mortalité. On peut éviter de mourir d'un cancer et mourir d'une pathologie cardiovasculaire ou accidentelle, d'un autre cancer ou de toutes autres causes.

Pour prouver l'efficacité d'une action de prévention, il est trompeur de fournir aux lecteurs ou aux décideurs politiques les chiffres de la mortalité spécifique (celle de l'affection dépistée), qui d'ailleurs sont sujets à des biais statistiques, sans donner les chiffres de la mortalité globale (liés à l'ensemble des causes de décès) qui, eux, sont plus fiables. [29] Un argument est souvent donné par les promoteurs de ces actions : « Si la mortalité globale ne diminue pas, c'est en raison du faible nombre de sujets qui ont participé à l'action ». Cet argument n'est plus valable quand l'addition de tous les essais conduit à analyser des résultats qui concernent plusieurs centaines de milliers de sujets. [30]

Les scientifiques oublient souvent d'inclure ces chiffres dans leurs publications, afin de ne pas donner aux décideurs administratifs et politiques des arguments de bon sens qui les conduiraient à ne pas financer sur des fonds publics des actions sans utilité pour la population. Ce comportement médical est explicable par l'objectif des médecins : réduire ou retarder les décès liés à une maladie est la fin ultime de leurs activités. Peu importe si cet objectif ne concerne ni la qualité de vie des malades, ni la santé de la population. [31]

Les risques des actions de prévention sont fréquents et graves chez les personnes âgées.

Chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les risques des dépistages sont plus nombreux et plus graves pour trois raisons :

1° Les systèmes physiologiques : cardiaque, respiratoire, vasculaire, rénal ont perdu une grande partie de leurs capacités qui restent suffisantes au repos, mais ne sont plus capables d'adaptation à des circonstances nouvelles telles qu'un traitement médicamenteux ou chirurgical;

2° Très souvent, ces sujets sont atteints d'une ou de plusieurs affections chroniques qui justifient des traitements médicamenteux et fragilisent l'équilibre physiologique de ces sujets ;

3° Le dépistage d'une nouvelle maladie n'est utile que si sa découverte conduit à un traitement, qui n'est légitime qu'à deux conditions : ses risques doivent être inférieurs à ses bénéfices. Or les risques chez les personnes âgées, dont la santé est souvent en équilibre instable en raison de l'association de plusieurs pathologies, sont beaucoup plus élevés que chez un adulte jeune, en bon état physiologique et indemne d'une affection chronique. Quant aux bénéfices, ils sont moindres ou même nuls chez ces personnes, en raison de la polyopathie dont elles souffrent quotidiennement.

C'est d'ailleurs pourquoi les institutions médicales et les caisses d'assurance maladie limitent les indications de la plupart des dépistages à 74 ans. A priori, on pourrait penser que cette attitude est à la fois illogique et discriminatoire, car les taux de mortalité d'un cancer du sein ou du côlon augmentent considérablement après 74 ans. [32] En réalité, elle est raisonnable, car la balance risques/bénéfices du dépistage penche du côté des risques chez de nombreux sujets et leur l'espérance de vie est parfois diminuée par des pathologies graves associées, par exemple des cancers. [33]

Entreprendre un dépistage d'un cancer sans une information claire sur les bénéfices et les risques chez des sujets dont l'espérance de vie est statistiquement brève, et qui plus est raccourcie par une maladie chronique, confine à l'acharnement thérapeutique. Cette situation est plus fréquente que peuvent le penser les malades. L'exemple du dépistage du cancer de la prostate chez des sujets atteints d'un cancer et âgés de plus de 75 ans illustre cette déviance grave des prescriptions chez les sujets âgés (cf. Note 18).

Analyse critique de la prévention médicale

Chez les sujets en bonne santé, de nombreuses propositions de bilans et d'actions de prévention médicale qui visent à diagnostiquer puis à traiter des facteurs biologiques de risque sont inefficaces, et qui plus est dangereuses.

Les médecins leaders d'opinion, promoteurs de ces pratiques, recommandent aux responsables administratifs et politiques (lesquels font preuve d'une incroyable crédulité vis-à-vis de certaines propositions médicales) de les mettre en œuvre. Les effets indésirables biologiques et psychologiques de ces actions peuvent ne pas être négligeables, mais sont passés sous silence.

Lors de leur mise en œuvre, les actions de prévention reposent sur des données initiales incomplètement évaluées, dont la valeur scientifique et statistique est incertaine, fournies par des industriels et validées par des experts médicaux qui, très souvent, sont sous l'influence des promoteurs industriels de ces actions. Les institutions publiques et privées qui promeuvent ces actions de prévention communiquent par tous les médias un message trompeur sur leur efficacité, auquel la population adhère. Au total, cette politique à la fois inefficace et inefficace, fabrique des malades, accroît la morbidité et génère un gâchis financier.

A ces pratiques, on opposera l'absence d'une politique de prévention visant les comportements à l'origine de nombreuses pathologies cardiovasculaires, cancéreuses, nutritionnelles, qui ont été improprement

appelées maladies de la civilisation il y a 50 ans, alors qu'il s'agissait de maladies liées à une consommation alimentaire excessive et à un mode de vie sédentaire, car elles concernaient alors les pays développés. Aujourd'hui, elles atteignent le monde entier et constituent une épidémie dans le monde occidental.

Lutter contre les erreurs alimentaires, la sédentarité, le tabagisme, l'utilisation abusive des médicaments et de l'alcool, telles sont les actions de prévention qui sont réellement efficaces. Elles réduiraient notamment la mortalité prématurée. Elles ne suscitent pourtant pas un intérêt considérable de la population, du gouvernement et des institutions médicales. Il est encore lointain le jour où les médecins et leurs collaborateurs auront tout le temps nécessaire pour rédiger des ordonnances ne comportant pas ou peu de médicaments mais des conseils concernant les comportements réellement dangereux pour la santé.

Une amplification de la lutte contre les risques sanitaires liés à des causes non médicales (accidentelles, comportementales et environnementales) serait plus raisonnable et plus efficace. Mais cette lutte impliquerait des décisions politiques tout à fait improbables, car elles mettraient en cause les habitudes des citoyens, l'idéologie médicale, le pouvoir des professionnels des soins, le développement des industries de la santé.

Remarques sur la prévention médicale et la santé publique

Les informations sur les actions de prévention sont incomplètes et tendancieuses

Lorsque les responsables institutionnels des actions de prévention prennent leurs désirs pour la réalité, les informations qu'ils diffusent au public par l'ensemble des médias et par des campagnes de publicité sont non seulement incomplètes, mais encore tendancieuses.

Les médecins praticiens, à l'exception de ceux qui sont abonnés à la revue *Prescrire*, disposent pour leur information seulement des messages venant de ces institutions dont les responsables médicaux, nommés par le gouvernement, évitent les polémiques qu'ils pourraient faire éclore s'ils rapportaient la totalité des faits scientifiques dont ils ont connaissance.

Quant aux consommateurs : croyant à l'efficacité de la médecine (« Mieux vaut prévenir que guérir »), inquiets de leur avenir, ignorant les controverses qui les conduiraient à résister à la pression médiatique et

médicale, ils sont asservis et fidèles aux habitudes acquises depuis leur naissance de consulter des médecins et d'acheter leurs prescriptions.

Lorsque les choix des citoyens dépendent d'une information tronquée, mise au service des détenteurs et des manipulateurs du pouvoir - les professionnels des soins, les industriels, les responsables administratifs - qui l'utilisent à leur profit, leur liberté de choix est définitivement perdue.

La sélection de la population cible des actions de prévention

La santé publique ne concerne pas des individus malades ou souffrants qui relèvent de soins médicaux, mais une population en bonne santé, qui n'exprime aucune demande de traitement mais souhaite conserver et si possible développer son capital santé.

Une action de santé publique doit sélectionner cette population en fonction des risques d'atteinte à sa santé. Cette sélection est nécessaire pour assurer la qualité des résultats. Un excellent exemple de la nécessité d'une sélection et des conséquences dramatiques d'une sélection inappropriée à son objectif fut la campagne de vaccination généralisée contre le virus de l'hépatite B lancée brusquement, sans aucune préparation et sans programme d'évaluation, dans les médias en 1995 par le ministère de la Santé. [34] Une grande partie de la population vaccinée n'était pas à risque. Dans cette population, des troubles neurologiques apparurent. Il ne fut possible ni de les rattacher à la vaccination, ni de rejeter l'hypothèse d'une relation de cause à effet. Résultat : cette vaccination suscita une méfiance tout à fait justifiée des adultes qui n'étaient pas à risque et s'opposèrent à la vaccination de leurs enfants qui constituaient la plus grande partie de la population à risque. En outre, cette méfiance s'étendit à d'autres vaccinations, lesquelles sont chez les enfants d'une utilité indiscutable. Par exemple, le délaissement de la triple vaccination ROR, en raison du scepticisme qui touche toutes les vaccinations, est responsable des épidémies de rougeole, à nouveau observées en France.

Les actions de santé publique ont une obligation de résultats

Une action de santé publique est soumise à une triple obligation : de résultats, de moyens et de qualité. (La médecine individuelle qui concerne des personnes atteintes d'une maladie ou souffrantes n'est pas soumise à une obligation de résultats).

Les moyens doivent être contrôlés, par exemple dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (mais non dans celui du dépistage volontaire par un radiologue choisi par la patiente ou son médecin). Les

radiologues doivent effectuer chaque année un minimum de 500 mammographies pour être autorisés à participer au dépistage obligatoire. La qualité des « mammographes » est vérifiée chaque semestre. Une double lecture effectuée par un radiologue lisant un minimum annuel de 2.000 mammographies est obligatoire pour minimiser le nombre des examens faussement négatifs (9%). Les résultats sont analysés par l'Institut de Veille Sanitaire et doivent être conformes aux normes internationales déterminées par les évaluations faites dans plusieurs pays. Notamment le pourcentage des cancers détectés par les mammographies qui, s'il dépasse un certain taux, témoigne de l'existence probable d'un nombre élevé de faux positifs (la mammographie est jugée anormale, mais la patiente n'est pas atteinte d'un cancer).

Pourquoi les actions de prévention médicale sont-elles peu efficaces ?

Les actions de prévention médicale qui visent une population en bonne santé, même correctement organisées, sont peu efficaces et parfois dangereuses. Leur productivité et leur efficacité sont faibles.

L'une des raisons de ces résultats décevants est d'offrir les actions de prévention médicale à la plus grande partie de la population, c'est-à-dire celle qui est en bonne santé et à risque bas ou moyen. L'hypothèse qui explique cette stratégie repose sur une donnée statistique : c'est dans la population à bas risque, qui inclut la plus grande partie de la population globale, que se trouve le plus grand nombre des cas à dépister. [35] Autrement dit, il apparaît un nombre plus élevé de cas d'une maladie dans la partie de la population à bas risque dans laquelle le pourcentage de cas est faible, que dans la population à haut risque où ce pourcentage est élevé. L'approche qui vise la petite partie de la population à haut risque peut paraître préférable aux médecins ; elle est sans grand effet au niveau de la santé de la population globale.

Une stratégie populationnelle est utilisable lorsque les facteurs de risque sont connus, notamment lorsqu'ils sont comportementaux. Lorsque les facteurs de risque ne sont pas comportementaux et très imparfaitement connus, pour définir la population cible du dépistage, les organismes publics choisissent le facteur de risque le plus commun, c'est-à-dire l'âge, et recommandent le dépistage dans une échelle d'âge (par exemple entre 50 et 74 ans) où les risques de maladie et ceux du dépistage sont modérés. Mais en pratique, lorsque le risque d'une maladie est peu élevé, plus le nombre de patients qu'il faut convoquer et dépister pour obtenir un résultat sanitaire significatif est grand, plus les coûts humains et financiers du dépistage sont élevés, plus les risques liés au dépistage sont nombreux et le bénéfice devenant marginal, moins les citoyens sont concernés.

Par exemple, le dépistage du cancer du sein de 50 à 74 ans couvre la moitié de la population qui meurt de ce cancer. (En 2011, la population âgée de 50 à 74 ans était invitée à participer de façon bisannuelle au dépistage de ce cancer : 5.150 femmes dans cette tranche d'âge sont décédées, mais au total 11.358 femmes sont mortes de cette maladie. Elles appartenaient à des tranches d'âge où la mortalité est faible (chez les moins de 50 ans, le taux de mortalité spécifique directement lié à ce cancer est de 7.46/100.000) ou élevé (chez les plus de 74 ans et moins de 85 ans, le taux de mortalité : 115,89 est multiplié par 2.4 par rapport à celui de la tranche d'âge de 50 à 64 ans : 47.43/100.000). Le choix des responsables essaie de minimiser les risques liés au dépistage et d'améliorer la balance bénéfiques/risques. Notamment le nombre des années de vies sauvées.

Mais si une femme de plus de 74 ans en bonne santé, indemne d'une pathologie associée et apte à subir un lourd traitement, demande un dépistage, aucune raison médicale ne peut justifier un refus car, à cet âge, le risque de cancer est plus élevé que dans la population cible.

Faute d'information, la participation à une action de prévention est un acte de foi

L'utilité d'une action de prévention, exprimée par le nombre de vies sauvées, d'années de vie sauvegardées ou de maladies évitées, dépend de la fréquence de la maladie dans la population, de l'efficacité du traitement, de ses risques, de son organisation et du nombre de participants au programme de prévention. Si ce nombre est faible, l'utilité individuelle de la mise en œuvre de l'action diminue automatiquement. En outre, cette utilité est contrebalancée par les risques que cette action de prévention fait courir aux participants, ainsi lorsqu'un traitement est prescrit dont les effets indésirables peuvent être nombreux et graves.

La raison principale pour laquelle une personne accepte de participer à une des actions de prévention médicales précédemment analysées, c'est l'espérance d'un gain individuel de santé en raison d'un rapport bénéfiques / risques qui lui sera favorable.

Chez une personne correctement informée, cette participation résulte d'un quadruple pari :

- celui de dépister une maladie grave,
- celui d'en guérir ou de ralentir son évolution grâce à un traitement efficace,
- celui de passer au travers des risques liés aux procédures diagnostiques et thérapeutiques,

- celui, in fine, de vivre confortablement et plus longtemps

En France, cette situation est exceptionnelle, car les participants aux actions de prévention collective ne sont jamais complètement informés de l'état de la balance bénéfiques / risques. L'acceptation de participer est un acte de foi et d'espérance. Foi en la médecine, espérance de sauver sa vie. Les Français ignorant les risques individuels de ces actions n'ont aucun motif raisonnable de ne pas y participer et répondent favorablement dans plus de la moitié des cas aux invitations lancées par les autorités sanitaires.

La démocratie sanitaire : un mythe

Si nous vivions dans un pays où la démocratie sanitaire était opérationnelle, une information sur les conséquences individuelles, mais aussi collectives, de la participation à une de ces actions de prévention serait donnée à tous les citoyens concernés.

Ainsi, chacun apprendrait que cette action de prévention non seulement n'améliore pas la santé de la population, car elle ne réduit ni sa qualité de vie, ni sa mortalité, mais qu'elle a de bonnes probabilités de la diminuer, dans la mesure où les ressources humaines et financières consommées pour entreprendre une action de prévention dans le but de sauver une vie induisent un coût d'opportunité [36] qui empêchera la mise en œuvre d'autres actions de prévention non médicale beaucoup plus efficaces et efficientes.

Dans une démocratie, la décision d'organiser un programme de prévention capable de sauver quelques vies avec le risque d'en altérer quelques autres, sans améliorer la santé de la population, pourrait faire l'objet d'un débat sur deux choix :

- celui de l'individu qui parie sur l'efficacité de la prévention en espérant être un des rares bénéficiaires, tout en évitant les risques de sa participation ;
- celui de la population qui désire, pour améliorer son niveau de santé, la mise en œuvre d'actions de santé publique orientée sur les comportements à risque, les risques environnementaux et accidentels, les risques sociaux.

Le débat n'a pas lieu, car ceux qui ont un intérêt personnel et politique au choix de l'option individualiste sont aussi ceux qui ont le pouvoir de décision, qui sont en meilleure santé et retireraient peu ou pas de bénéfice d'un programme de santé publique visant les problèmes de santé de la population qui sont liés aux comportements, à l'environnement, aux conditions de vie, de travail et à l'éducation. C'est

la raison pour laquelle la première option, d'inspiration libérale, est choisie aux dépens des valeurs républicaines d'égalité et de fraternité.

Une prévention efficace : la prévention comportementale

La prévention comportementale est théoriquement très efficace, mais sa mise en œuvre complexe

Une prévention efficace collectivement réduit significativement les atteintes à la santé et la mortalité d'une population, en réduisant la fréquence des comportements à risques pour la santé.

Cette prévention comportementale doit être primaire : ne pas permettre l'installation d'un comportement à risque. La *prévention secondaire*, c'est-à-dire lorsque les comportements sont installés, ou la *prévention tertiaire*, c'est-à-dire lorsque les habitudes de vie ont déjà déterminé une atteinte somatique, sont le plus souvent des échecs. Chacun sait, par exemple, qu'il est plus facile d'apprendre à rester mince que de se débarrasser durablement d'une obésité. Qu'il est préférable d'apprendre à maîtriser un comportement que de lutter contre une dépendance.

L'accord de la communauté scientifique est solide sur la nécessité et l'utilité d'adopter et de respecter dès l'enfance certains comportements, afin de maintenir et développer son capital santé. Cet accord repose sur le suivi de populations comportant des dizaines de milliers de personnes, dont la santé et l'espérance de vie ont été comparées à d'autres dont les modes de vie étaient différents. [37] Aujourd'hui, il est indiscutable que les principaux facteurs déterminants de la santé d'une population ne sont pas les soins médicaux, mais une alimentation équilibrée composée de produits sains, un exercice physique régulier, la non consommation de tabac, une consommation modérée d'alcool. Respecter ces comportements réduirait de 30% la mortalité liée aux cancers et à la pathologie cardiovasculaire. [38]

L'importance de l'exercice physique dans le maintien de la santé n'est pas perçue par la majorité des adultes. Les hommes et les femmes d'âge moyen qui ont une activité physique régulière ont un taux de survie supérieure de 30 à 40% comparativement à une population sédentaire. Les résultats observés sont donc *quantitatifs* : réduction de l'incidence des maladies chroniques et des décès prématurés, mais également *qualitatifs*, car l'exercice physique ralentit le déclin lié au vieillissement des capacités cognitives et améliore la qualité de vie en réduisant l'anxiété et les effets du stress chronique. [39]

Les trois facteurs déterminants du développement des risques comportementaux sont : l'ignorance, la pauvreté, les inégalités sociales.

La question qui mérite d'être posée n'est pas quels sont les comportements qui préservent le capital santé d'un individu, car ils sont bien connus, mais celle-ci: comment aider une population à choisir des comportements sans risque pour sa santé ?

Trois facteurs s'opposent à l'adoption de ces comportements : l'ignorance, la pauvreté et l'inégalité sociale, auxquels correspondent des moyens : la formation, l'amélioration du niveau de vie des populations défavorisées et précaires, la réduction des inégalités de revenus.

L'ignorance des risques est d'autant plus grave que les comportements dangereux une fois installés deviennent pérennes. Pour cette raison, la prévention doit être primaire et s'adresser en priorité aux enfants, aux adolescents et à leurs éducateurs, particulièrement les parents. Cette prévention ne peut être efficace que si elle est à la fois globale et locale et concerne une communauté incluant les parents et les éducateurs, les municipalités, les organismes sociaux, les responsables politiques et administratifs.

Naturellement, elle doit être conduite à l'école, durant des années, par des enseignants disposant du temps nécessaire, ayant bénéficié d'une formation spécifique, à la fois biologique, sociologique et psychologique, car les comportements dont les enfants et les adolescents doivent se détourner ou qu'ils doivent abandonner sont générateurs de plaisir, facilitent le développement de liens sociaux, peuvent adoucir la vie familiale. Leurs risques apparaissent lointains et nébuleux à des jeunes qui vivent dans l'immédiat.

Cette formation ne doit pas se limiter aux établissements scolaires, mais être communautaire, impliquer les maisons de santé médicales, les municipalités, les associations sportives et culturelles, les organismes sociaux. [40]

Cette prévention communautaire a fait ces dernières années la preuve de son efficacité vis-à-vis du développement d'une obésité chez les enfants. [41] Elle se préoccupe maintenant de favoriser l'exercice physique des enfants et adolescents. Née en France, cette politique a démontré son efficacité en Europe, en Louisiane et au Mexique. [42]

Les interventions individuelles conduites par des professionnels des soins pour modifier les comportements sont peu efficaces. La raison est banale : dans un environnement et un cadre de vie qui sont souvent d'une qualité insuffisante, elles n'apportent pas la dimension

indispensable que des actions communautaires peuvent fournir : un appui collectif.

La pauvreté est un facteur de risque majeur.

De multiples études ont montré que la pauvreté raccourcissait l'espérance de vie et rendait compte aussi d'une grande partie des morts prématurées avant 65 ans. Par exemple, le taux de mortalité des personnes bénéficiaires de la CMU-C est supérieur au double de celui observé dans la population générale : 3.32 pour 1.000 versus 1.6. [43]

La lutte contre la pauvreté est la clé de l'efficacité d'une politique de santé publique, car elle est la condition d'une amélioration de la qualité de l'alimentation, du logement, de l'hygiène, du chauffage, de l'éducation, et plus globalement de la qualité de vie. Les populations en état de pauvreté ou de précarité ne disposent pas des capacités [44] et de la liberté qui leur permettraient d'adopter des comportements préservant leur santé. Elles ne disposent pas d'une autonomie de choix. La société tend à leur reprocher leurs comportements, alors que ces populations sont les victimes d'une société qui n'a pas su ou voulu leur donner les moyens d'assumer les choix qui garantiraient leur santé. Ne blâmons pas les victimes.

Les inégalités de revenus sont un facteur d'inégalités de santé, indépendant du facteur pauvreté [45]

Dans une société où les inégalités de revenus sont élevées, le niveau de santé est bas, en partie, mais pas seulement, parce que le nombre des pauvres est élevé.

Longtemps, les épidémiologistes et les sociologues ont pensé que la pauvreté et la précarité étaient les facteurs quasi exclusifs des inégalités de santé. Ce modèle n'est plus reconnu, car les inégalités de santé croissent continuellement de haut en bas de l'échelle sociale et de celles des revenus. [46]

Ceux qui ne sont pas pauvres, mais dont les revenus sont modestes comparativement à ceux de leur entourage, s'estiment en mauvaise santé. Une société où les écarts de revenus sont élevés est une société divisée, cassée, où la cohésion sociale s'effrite, où les groupes s'affrontent, où la violence progresse, où le stress devient quotidien. Or la cohésion sociale est un facteur déterminant dans la santé d'une population. Ainsi, dans les pays où la cohésion sociale est forte, tels que le Japon et les pays nordiques, le niveau de santé global est élevé.

Inversement, aux Etats-Unis, où la cohésion sociale est faible et les inégalités de revenus importantes, la santé de la population est mauvaise. Les écarts de revenus - reflets des différences du statut social et de la place des individus dans la hiérarchie - conditionnent le niveau de la santé des groupes de population. La qualité de l'intégration sociale, des relations professionnelles qui conditionnent en partie la qualité de la santé, est meilleure dans les sociétés où les inégalités de revenus sont modérées.

Ces effets dits « contextuels » seraient capitaux, puisqu'une élévation de 0.05 du Coefficient de Gini qui mesure les inégalités de revenus dans une population [47] déterminerait dans les 30 pays de l'OCDE un excès de mortalité conduisant au décès de 1.500.000 personnes.

Une forte corrélation est constatée entre le taux de mortalité et le capital social. Ce dernier influence la santé des individus et celle de la population.

Au niveau des individus, on pourrait agir en améliorant les comportements vis-à-vis de l'alcool et des drogues, de l'exercice physique ou de la délinquance juvénile ; en fournissant un soutien affectif et en développant l'estime de soi et le respect mutuel ; en facilitant le développement de la vie associative.

Au niveau collectif, en réduisant le degré de défiance et en accroissant le niveau de confiance dans les institutions publiques et politiques. [48]

Conclusion : Agressivité, Présomption et Arrogance sont les trois défauts majeurs de la médecine dite préventive

Pour terminer ce rappel des caractéristiques de la prévention, il n'est pas inutile de citer un article de David Lawrence Sackett publié en 2002, mais plus que jamais d'actualité. [49]

David Sackett est mondialement connu pour avoir inventé « la médecine fondée sur des preuves ». Ce modèle médical de décision a remplacé le modèle ancestral fondé sur l'expérience des médecins, laquelle n'étant jamais évaluée permettait de porter un jugement souvent correct sur la gravité de l'état clinique, mais était sans grande valeur pour prendre une décision diagnostique ou thérapeutique.

Pour Sackett, Agressivité, Présomption et Arrogance sont les trois défauts majeurs de la médecine dite préventive.

- Agressivité : car la prévention s'adresse souvent à des personnes qui ne demandent aucun soin et auxquels les professionnels des soins disent ce qu'il convient de faire pour ne pas être malade.

- Présomption : car la prévention affirme, sans disposer toujours de preuves indiscutables, de faire plus de bien que de mal à ceux qui acceptent d'en suivre les recommandations.
- Arrogance : car elle n'admet pas d'être contestée.

NOTES ET REFERENCES

[27] The National Lung Screening Trial Research Team “*Reduced lung cancer mortality with low dose computed tomographic screening*“ N Engl J Med 2011;365:395-409.

[28] Rembold C “*Number needed to screen: development of a statistic for disease screening*“ BMJ 1998;317:307-312.

[29] Black WC et collaborateurs “*All-cause mortality in randomised trials of cancer screening*“ J Nat Cancer Inst 2002;94:167-73.

[30] Penston J et collaborateurs “*Should we use total mortality rather than cancer specific mortality to judge cancer screening programmes? Yes*“ BMJ 2011;343: d6395 doi: 10.1136/bmj.d6935.

[31] Steele R Brewster D ”*Should we use total mortality rather than cancer specific mortality to judge cancer screening programmes? No*” BMJ 2011;343:d6397 doi:1136bmj.d6397.

[32] Deux exemples des variations en 2011 de la mortalité en fonction de l'âge fournies par l'Institut National du Cancer.

La mortalité par cancer du sein après 74 ans est de 5.178. Dans une population à laquelle le dépistage n'est pas conseillé, ce chiffre est supérieur à la mortalité entre 50 et 74 ans : 5.125. Le taux spécifique de mortalité entre 60 -74 ans et 75-84 passe de 77.82 à 115.89/100.000. L'incidence diminue légèrement après 75 ans et beaucoup après 85.

La mortalité liée au cancer colorectal entre 50 et 74 ans, âges choisis pour le dépistage, est de 6.191 ; elle augmente beaucoup après 75 ans : 10.918.

[33] Sima CS et collaborateurs “*Cancer screening among patients with advanced cancer*“ JAMA 201;304:1584-1591.

[34] **La vaccination contre l'hépatite B** fut, en France, un exemple, qui sera repris dans toutes les écoles de santé publique, d'une politique de vaccination généralisée qui, ne reposant sur aucune justification scientifique, fut à l'origine d'une controverse sur ses risques et d'un rejet par la population. Pourtant, elle est certainement utile, à trois conditions : être prescrite à une population soigneusement limitée ; être correctement

organisée ; être évaluée. Aucune de ces obligations pour la mise en œuvre d'une action de santé publique n'étant réalisée, l'échec était prévisible. Il est aujourd'hui patent : la population à risque n'est que très partiellement vaccinée. C'est dommage, car la vaccination des enfants est efficace et réduirait en grande partie les risques chez l'adulte d'une hépatite chronique, d'une cirrhose et d'un cancer du foie liés à ce virus.

[35] Cette hypothèse a été formulée en 1992 par G Rose dans le livre "The strategy of preventive medicine" (Oxford University Press 1992) et précédemment en 1985, dans un article intitulé "*Sick Individuals and sick populations*" publié dans la revue : Int J Epidemiol 1985 ; 14 :32-38.

[36] Le **coût d'opportunité** désigne la perte des biens auxquels on renonce lorsqu'on procède à un choix, autrement dit lorsqu'on affecte les ressources disponibles à un usage donné au détriment d'autres choix. C'est le coût d'une chose estimé en termes d'opportunités non réalisées, ou encore la valeur de la meilleure autre option non réalisée (Source : Wikipédia).

[37] Knoops KT et collaborateurs "*Mediterranean diet, life style factors and 10 year mortality in elderly European men and Women: The HALE project*" JAMA 2004; 292 (12) 1433-9.

Kvaavik E "*Combined unhealthy behaviors associated with 4-fold increased risk for death*" Arch Intern Med 2010;170:711-718.

[38] Trichopoulou A et collaborateurs "*Anatomy of health effect of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study*" BMJ 2009.332337 doi:1136/bmj.b2337.

[39] Roberts C K et collaborateurs "*Effects of exercise and diet on chronic disease*" J Appl PHYSIOL 2005;98 :3-30.

Warburton D et collaborateurs "*Health benefits of physical activity: the evidence*" CMAJ 2006 ;174:801-809.

[40] Romon M et collaborateurs "*Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community – based programs*" Public Health Nutr 2009;12 :1735-42.

[41] L'association EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants) est née en France, où des programmes communautaires ont été mis en place dans deux petites villes du Nord (Fleurbaix et Laventie) en 1992 pour prévenir le développement de l'obésité infantile. Une étude expérimentale comparant l'évolution de l'obésité infantile dans des populations qui suivaient ou non le programme éducatif a montré son efficacité. Depuis, ce programme est devenu international. Les universités de Lille, Gand, Amsterdam, Saragosse soutiennent ce

programme. Actuellement en Europe, avec le soutien de la Communauté Européenne, 293 villes – dont 226 en France (Epode), 38 en Espagne (Thao), 16 en Espagne (Viasano), 13 en Grèce (Paideiatrofi) - organisent ces actions communautaires. A ma connaissance, ce réseau européen n'a pas publié de nouveaux résultats. Pour des raisons financières, un partenariat a été institué avec des industriels qui sont devenus les sponsors d'EPODE (un fabricant de barres chocolatées (Mars), l'un des plus importants chocolatiers européens (Ferrero), le fabricant de sodas Schweppes et enfin l'un des plus grands groupes agro alimentaire (Nestlé). Il est à craindre que ce partenariat pervertisse le programme initial, qui reposait sur une idée dont la pertinence fut démontrée : la prévention de l'obésité implique un changement profond dans les modes de vie d'une communauté.

[42] Katan MB “*Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity*“ N Eng J Med 2009;360:923-925.

[43] Allonier C et collaborateurs « *Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population* » IRDES Questions d'Economie de la Santé 2012. N° 173 Février 2012.

Tuppin P et collaborateurs « *Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la Couverture médicale universelle complémentaire en 2009* ». La Presse médicale 2011 ; 40 : 304-314.

[44] Amartya Sen “*L'idée de justice*” Flammarion 2010.

[45] Pickett KE et collaborateurs “*Greater equality and better health*“ BMJ 2009;339:b4320.

[46] Richard Wilkinson « *L'égalité, c'est la Santé* » Demopolis 2010 (Traduction de Corinne HEWLETT. Titre anglais: “*The impact of inequality, how to make sick societies healthier*”).

[47] **Le coefficient de Gini** est une mesure de l'inégalité des revenus. Il varie de 0 à 1. Zéro, c'est l'égalité parfaite - tout le monde a le même revenu - et 1, c'est l'inégalité totale - un seul dispose de la totalité des revenus.

Du côté de l'inégalité, les deux pays les plus inégaux sont le Mexique et les Etats-Unis. Du côté de l'égalité, les deux pays les plus égalitaires sont le Danemark et la Suède.

[48] Kawachi I, Berkman L F « *Cohésion sociale et santé* », pages 418 à 428. « *Les inégalités sociales de santé* ». Paris La Découverte et Inserm 2000.

[49] Sackett DJ “*The arrogance of preventive medicine*“ Can Med

La médicalisation de la santé et du mal-être [suite et fin]

Par le **Pr Claude BERAUD**

LES MALADES SANS MALADIE

Ces sujets souffrent d'un ou de plusieurs symptômes dont les caractéristiques et l'évolution n'évoquent pas pour leurs médecins une pathologie à laquelle ils pourraient donner un nom. Les troubles digestifs, respiratoires, cardiaques, neurologiques, articulaires, sexuels que décrivent ces malades ne ressemblent pas à ceux décrits dans les maladies classiques qui sont en rapport avec une lésion corporelle ou une maladie psychiatrique. Ces malaises peuvent être liés à des dysfonctionnements des systèmes physiologiques et sont en relation de cause à effet avec les difficultés, les contraintes, les stress de la vie quotidienne. [50]

Si les médecins ne donnent pas suffisamment la parole à ces patients et ne prennent pas le temps d'entendre leurs souffrances, qu'ils expriment parfois avec embarras et toujours avec discrétion, ils ne peuvent prendre conscience de leurs difficultés sociales, économiques, familiales, affectives ou professionnelles. Les malades inquiétés par des symptômes dont ils ignorent la cause (car ils ne rattachent habituellement pas leurs troubles somatiques à leurs difficultés existentielles) consultent, soit spontanément, soit à la demande de leur entourage, afin qu'un médecin pose un diagnostic et découvre une maladie qui donnerait un sens, une signification, à leurs malaises et permettrait un traitement.

Les réponses de la majorité des médecins et des professionnels des soins

Trois stratégies sont disponibles pour répondre à la demande de ces malades sans maladie évidente ; toutes ont le même objectif final : nommer une maladie.

1° Rechercher avec obstination une maladie pour proposer à un malade un diagnostic et un traitement ;

2° Inventer une nouvelle maladie ;

3° Modifier la définition d'une maladie connue afin de réduire le nombre de ceux qui n'ont pas de maladie en multipliant le nombre des malades.

La première est une règle des pratiques médicales, enseignée dans toutes les universités et que les médecins mettent en œuvre chacun à sa manière ; les deux suivantes, nées d'une étroite collaboration entre les universitaires et les industriels,

permettent aux médecins de répondre aux questions des patients concernant l'origine ou la cause de leurs malaises.

Première stratégie : La recherche d'une maladie

Devant des symptômes qui n'évoquent pas une maladie, les professionnels des soins ont appris, durant leurs études hospitalières et universitaires, que leur fonction première était de rechercher une pathologie cachée, en prescrivant des examens biologiques et d'imagerie médicale qui, de plus en plus souvent, en raison de leur sensibilité constamment améliorée, c'est-à-dire de leur capacité à découvrir des anomalies dans une population, fournissent des chiffres et des images de plus en plus difficiles à interpréter et dont on ne peut dire s'ils sont ou non pathologiques. Cette incertitude conduit à la répétition de ces examens et à la multiplication des consultations auprès des spécialistes.

Utiliser tous les moyens disponibles pour poser un diagnostic est à la fois : une coutume enseignée dans les universités médicales et un souhait formulé par les patients qui ne refusent qu'exceptionnellement les explorations biologiques ou radiologiques proposées - et parfois les réclament. Ces pratiques peuvent aussi entrer dans le cadre d'un mode d'exercice appelé « médecine défensive », [51] définie comme un moyen pour les médecins d'éviter une plainte des patients dans le cas où se développerait ultérieurement une pathologie qui n'aurait pas été détectée en raison de l'absence d'examens complémentaires. Cette pratique qui devient fréquente explique la croissance alarmante des irradiations subies par les malades en raison d'une multiplication des examens radiologiques sans rapport avec l'état de santé de la population. [52]

A la fin de ce long parcours, deux situations peuvent être observées : tantôt les médecins ne trouvent aucune lésion, aucune anomalie et renvoient chez eux, avec quelques médicaments, ces patients qui, selon eux, n'ont rien, mais qui souffrent et feront plus ou moins rapidement appel à d'autres spécialistes ou aux médecines alternatives.

Cette première situation devient moins fréquente qu'autrefois, car en raison des progrès réalisés dans le domaine de l'imagerie médicale, une pathologie qui n'est pas responsable des symptômes dont se plaignait le patient - et qui ont d'ailleurs disparu parfois au fil des jours - est décelée. Une fois découverte, cette pathologie sera traitée aussi souvent que possible: toujours par des médicaments et parfois chirurgicalement. En l'absence d'un traitement permettant la guérison, une surveillance régulière sera proposée.

Médecins et malades se réjouiront de la découverte, à grands frais et à force d'obstination, d'une maladie à laquelle ils peuvent donner un nom, mais qui est fréquemment sans relation avec les symptômes qui ont conduit à sa découverte.

Un exemple de cette démarche chez un patient se plaignant de troubles digestifs est la réalisation, sans indication scientifiquement justifiée, d'une échographie abdominale qui révèle une lithiase biliaire (présence de calculs dans la vésicule biliaire) parfaitement silencieuse, mais qui sera considérée comme la cause des

troubles digestifs dont se plaint le patient.

Cette découverte conduit souvent à une exérèse de la vésicule biliaire (cholécystectomie). En réalité, cette lithiase n'est pas la cause des symptômes ressentis par le patient ; mais le simple fait d'avoir attribué une cause aux symptômes les améliore ou les fait disparaître. Après une cholécystectomie, l'effet placebo, ou plus simplement la disparition des causes inconnues qui pouvaient expliquer les troubles digestifs initiaux, rendent compte de l'amélioration temporaire habituellement constatée.

Très souvent, les mêmes causes (psychologiques, sociales, économiques, familiales) et les mêmes stress reproduisant les mêmes effets, les symptômes réapparaîtront, une nouvelle recherche diagnostique sera entreprise et, après de nombreux examens, une autre maladie sans lien évident avec les plaintes du sujet sera découverte et traitée. [53]

Une conséquence de cette stratégie : l'effet « Cascade » [54]

Pour la majorité des professionnels des soins, les nouvelles technologies constituent toujours un progrès. Elles sont adoptées avant même d'avoir démontré leur efficacité et fait la preuve de leur utilité. Les industriels qui ont obtenu facilement une autorisation de les commercialiser vantent leurs qualités et les améliorations qu'elles apportent aux diagnostics et aux traitements.

L'une des conséquences de ces croyances médicales et des pressions exercées par les fabricants sur les acheteurs - médecins libéraux, directeurs d'établissements hospitaliers... - est la banalisation de ces techniques, la multiplication des examens et la plus grande fréquence de l'effet « cascade ».

Un médecin inquiet ou cédant à la demande d'un patient prescrit une série d'examens et soit découvre des « incidentalomes », c'est-à-dire des petites tumeurs souvent d'origine endocrinienne, qui n'entraînent et n'entraîneront jamais le moindre trouble ; soit est abusé par des examens faussement positifs, c'est-à-dire des examens dont les résultats sont erronés. Pour confirmer ou infirmer ces anomalies, d'autres examens complémentaires sont demandés, des traitements proposés, pour traiter les bizarreries découvertes par ces examens.

La fréquence de ces faits est très élevée pour des raisons mathématiques.

Statistiquement, 5% des résultats biologiques sont anormaux. Comme habituellement, notamment lors des bilans de santé, plusieurs examens sont demandés simultanément, il devient statistiquement fréquent que l'un d'eux soit «anormal ». Pour un dosage biologique, cette probabilité est de 5 %, pour 6 de 26%, et pour 12 de 46%.

Le risque de faux positifs lors des dépistages des cancers est très élevé. Après 14 dépistages de 4 cancers (soit 8 années, si les dépistages ont lieu tous les deux ans), le pourcentage cumulé de faux positifs est de 68% chez les hommes et de 40% chez les femmes. [55] Les risques de ces examens pour 29% hommes et 22% des femmes sont la prescription d'examens invasifs, par exemple, des biopsies ou

des interventions chirurgicales. Les autres effets « cascade » de la réalisation de ces examens inutiles sont les accidents dont ils sont responsables et les coûts financiers.

La confiance et la foi de la population et des médecins dans les nouvelles technologies expliquent la multiplication des effets indésirables liés à la réalisation d'examens inutiles.

Deux exemples peuvent être cités : la réalisation pour des douleurs dorsales ou lombaires d'examens radiologique, notamment de scanners ou d'imagerie en résonance magnétique (IRM), qui avec une très grande fréquence révèlent diverses anomalies vertébrales et conduisent souvent à des interventions chirurgicales plus dangereuses qu'utiles [56] ; la prescription chez des coronariens asymptomatiques et en bonne santé subjective, avec un traitement médical bien conduit, d'une coronarographie dont les résultats conduiront à des interventions comportant des risques immédiats non négligeables, sans garantir l'avenir. [57]

Pour éviter ces risques de l'effet cascade, deux conditions sont requises.

La continuité des soins : Si un malade change souvent de médecins, et notamment de spécialistes, il est, en l'absence d'un dossier médical partagé, inévitable que soient dupliqués des examens avec tous les risques liés à leur réalisation.

Les risques seraient également réduits si les médecins disposaient du temps nécessaire pour prendre soin des malades et les informer sur les bénéfices et les risques des explorations qu'ils demandent et si les nouvelles techniques étaient mieux évaluées.

Seconde stratégie : L'invention d'une maladie.

Dans le domaine des affections digestives, l'invention d'une maladie fut d'une incroyable fréquence dans les décennies 60-70, durant lesquelles on comptait par exemple chaque année en France plus de 200.000 interventions chirurgicales pour « appendicite chronique ».

Des douleurs abdominales passagères qui duraient quelques heures, sans fièvre ni vomissements, mais qui réapparaissaient plusieurs fois par ans chez des enfants ou des adolescents, souvent à l'occasion d'un examen ou d'un contrôle scolaire, caractérisaient cette pathologie. L'intervention pour cette affection chronique était effectuée 'à froid', de préférence durant les vacances, afin d'éviter une interruption scolaire. Personne n'a jamais fait la preuve de la réalité de cette maladie, qui était à l'origine des trois quarts des appendicectomies. A cette époque, on comptait en France 250.000 appendicectomies par an, alors qu'en Grande Bretagne, 60.000 étaient réalisées pour une appendicite aiguë. Les suites chirurgicales étaient habituellement favorables. Durant quelques mois ou années les douleurs disparaissaient, mais réapparaissaient plus tard. On parlait alors volontiers de « colite spasmodique » ou de « côlon irritable », autres maladies inventées par les spécialistes des maladies digestives.

Rappelons-nous aussi « les crises de foie », la petite insuffisance hépatique et les cholécystites chroniques pour le traitement desquelles des dizaines de médicaments sans aucune efficacité démontrée furent commercialisées, prescrits pour une maladie fictive et longtemps remboursés par l'assurance maladie. Pour tous ces troubles digestifs, des dizaines de milliers de Français suivirent et suivent encore, durant des années, des cures thermales. Ainsi, l'invention de ces maladies du foie contribua au développement du thermalisme, dont l'efficacité psychologique était d'autant plus remarquable que les cures dans des villes agréables étaient partiellement prises en charge par l'assurance maladie.

C'est dans la France des années 70 que fut inventée la spasmophilie. Cette maladie atteignit des centaines de milliers de jeunes femmes, fut traitée par des millions de prescriptions de sels de magnésium, suscita la rédaction de dizaines de livres et de milliers d'articles dans les magazines. Inventée par des universitaires pour expliquer une multitude de troubles considérés au début du siècle comme de nature hystérique, elle a disparu depuis une dizaine d'années.

Aujourd'hui, c'est dans le domaine psychiatrique que sont inventées des maladies, à la fois pour mettre un nom sur des symptômes et pour faciliter la vente de nombreux médicaments.

La tristesse était un sentiment répandu qui a disparu, car il a été remplacé par le diagnostic d'état dépressif, qui justifie durant des semaines ou des mois la prescription de médicaments antidépresseurs, dont on sait pourtant par de multiples expérimentations qu'ils n'ont aucun effet pharmacologique favorable chez ces sujets qui sont tristes parce qu'atteints par les vicissitudes de la vie. Au contraire, ces médicaments les exposent probablement à des risques de suicide, non pour des raisons pharmacologiques, mais parce qu'en remplaçant par des médicaments le soutien humain - seule thérapeutique efficace -, en complément du temps dont ils ont besoin pour surmonter les aléas de la vie, ces prescriptions aggravent la souffrance de ces patients.

Eprouver une difficulté à partager une activité communautaire ou familiale pouvait passer autrefois pour de la timidité ; aujourd'hui, le diagnostic est celui d'anxiété sociale, nouvelle affection inscrite au catalogue des maladies, qui conduit naturellement à la prescription d'anxiolytiques.

Au milieu de la décennie 1980, des dizaines de milliers de cas d'une affection intitulée « Troubles de la personnalité multiple » fut inventée par les psychiatres américains pour expliquer les propos de certains patients. En 1994, en raison des doutes sur la véracité des discours des psychiatres et des patients, cette catégorie de troubles fut supprimée du manuel DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

Troisième stratégie : Redéfinir une maladie

Aux médecins qui cherchent à répondre à la demande des patients, les experts et les universitaires apportent des solutions en modifiant la définition des maladies.

De nombreuses affections telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'excès de poids, l'hypercholestérolémie... sont définies par des chiffres. Les valeurs de ces

chiffres qui permettent de distinguer les sujets dits sains de ceux qui sont considérés comme des malades, justiciables de traitements, sont fixées par des comités d'experts ou par l'OMS et sont périodiquement réévalués. Il suffit de modifier ces valeurs pour augmenter ou diminuer de plusieurs centaines de millions le nombre des malades. En pratique, les valeurs dites normales sont modifiées pour accroître le nombre des malades.

Plusieurs exemples illustrent cette pratique. Abaisser les chiffres normaux de la pression artérielle en inventant la « préhypertension » (120 à 139 mm Hg) accroît de 70 millions le nombre des Américains hypertendus, conduit à multiplier les prescriptions médicamenteuses et leurs risques sans améliorer la santé. [58] La diminution progressive, au fil des décennies, des chiffres normaux de la glycémie et du cholestérol a multiplié le nombre des diabétiques et surtout celui des sujets auxquels sont prescrits des hypolipémiants.

A cette pratique déjà ancienne, des sophistications peuvent être ajoutées ; c'est ainsi que la découverte, grâce à un dosage biologique (CRP : Protéine C Réactive ultra sensible), d'un syndrome inflammatoire totalement asymptomatique chez des sujets dont le cholestérol est dans les limites de la normale conduit à conseiller un traitement par des statines afin de réduire le nombre des accidents cardiovasculaires.

Autre affection inventée récemment, liée à une manipulation des chiffres et de plus en plus fréquente, c'est l'embonpoint, défini par un indice de masse corporelle un peu élevé. Si l'obésité est effectivement un état qui peut être considérée non comme une maladie, mais comme un facteur de risque associé à certaines affections cardiovasculaires ou articulaires, un excès léger de poids ne justifie pas les avertissements sévères des médecins et les régimes conseillés. Le risque lié à un excès modéré de poids varie avec les facteurs associés tel le tabagisme et l'activité physique. [59] Ce risque, s'il existe, est faible. Aucune étude n'a démontré qu'un traitement diététique approprié réduisait la mortalité des sujets. Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, l'embonpoint pourrait d'ailleurs être associé à une réduction de la mortalité. [60]

Au total, ces attitudes médicales conduisent à fabriquer des malades afin de réduire le pourcentage des demandeurs de soin qui, en quittant le cabinet médical n'auraient pas de maladie et donc pas de traitement.

COMMENT EXPLIQUER CES COMPORTEMENTS DES PATIENTS ET DES MEDECINS

Du côté des médecins, trois raisons

Les lacunes évidentes de leur formation

Ces lacunes portent sur l'absence, lors de leur formation initiale puis permanente, d'un enseignement théorique et pratique concernant les problèmes d'efficacité et d'efficience posés par la prévention et la conduite à tenir chez les patients qui se plaignent de malaises divers mais ne sont pas atteints d'une maladie.

L'approche de ces patients est infiniment plus difficile que celle des sujets atteints d'une maladie caractérisée. Elle est en outre mal connue et n'est pas décrite dans les documents pédagogiques ou les recommandations scientifiques qui sont proposées aux étudiants, pour deux raisons.

- La première : les universitaires ne sont pas intéressés par ces patients et les étudiants en médecine ne sont pas en contact avec eux. Durant leurs stages hospitaliers, les étudiants en médecine sont en relation avec des patients qui souffrent d'une pathologie grave ou bénigne, aiguë ou chronique, mais parfaitement définie. Il est exceptionnel qu'ils rencontrent les malades souffrant de malaises divers mais exempts de maladie, qui plus tard hanteront leur cabinet en médecine libérale ou leurs consultations hospitalières.
- La seconde : à l'université comme à l'hôpital les enseignants vont durant des années répétant « Des symptômes en apparence banaux peuvent cacher une maladie que vous devez découvrir ». « Vous devez toujours faire un diagnostic de maladie ».

La mise en œuvre systématique de cette règle a pris une importance exagérée avec la généralisation du principe de précaution, qui est à l'origine d'une médecine dite défensive dont l'objectif est d'éviter les plaintes et les accusations des malades reprochant à leur médecin de ne pas avoir mis en œuvre les moyens capables de découvrir l'origine de leurs troubles. Pour cette raison, les médecins, même s'ils ont de bonnes raisons cliniques de penser que ces patients n'ont pas de maladie, vont rechercher une perturbation biologique et, avec l'aide des examens d'imagerie, une anomalie morphologique. Ces examens, répétés si besoin, leur permettront de fournir à leurs patients une raison plausible de leurs troubles. Ainsi s'expliquent, pour aller à la recherche d'une maladie, la multiplication des examens, des consultations et des demandes d'avis auprès des spécialistes. Souvent, notamment chez les patients de plus de 60 ans, une maladie absolument silencieuse et nullement responsable des troubles allégués par le patient sera découverte et traitée. Les médecins seront satisfaits, et les malades également, car l'angoisse liée à leurs symptômes et qui les majore s'atténuera transitoirement, lorsque leurs malaises seront, abusivement, rattachés à une maladie connue et accessible à un traitement médical ou chirurgical.

La confusion entre traiter et soigner

Les médecins ont appris à l'université qu'ils devaient traiter les maladies pour les guérir, mais c'est exceptionnellement que les enseignants leur rappellent qu'ils doivent aussi soigner les malades pour les libérer de leurs craintes, de leurs angoisses et de leurs souffrances.

Soigner un patient qui souffre ou non d'une maladie exige plusieurs conditions :

En premier lieu, une formation aux sciences humaines

Cet enseignement ne doit pas être considéré comme un luxe supplémentaire à l'enseignement scientifique, mais être compris comme une absolue nécessité.

Les médecins ne soignent pas correctement les malades et les patients s'ils ne sont pas capables de comprendre les tenants et aboutissants de leurs souffrances et se contentent de traiter leurs douleurs. Or à l'université et à l'hôpital, ils n'acquièrent pas une formation aux « humanités ». Les sciences sociales sont exclues de l'enseignement médical constitué quasi exclusivement par les sciences de la vie biologique. Certains acquerront une compétence relationnelle par leurs lectures, puis par une réflexion sur leurs attitudes vis-à-vis des malades, ou encore par une formation complémentaire, mais beaucoup ne pourront jamais, faute des connaissances indispensables, soigner correctement les malades dont ils traiteront souvent les maladies avec efficacité. Être capable d'empathie est une condition indispensable à la qualité des soins. Cette « capacité » n'est pas donnée à tous naturellement.

Certains professionnels des soins ont des aptitudes à la relation et comprennent dès le début de leur exercice professionnel que la qualité des résultats médicaux, mais aussi du bien-être de leurs patients, dépend de leur compétence scientifique, du respect des normes et des procédures scientifiques, mais est également et étroitement liée à leur qualité d'accueil, de compréhension et de partage, au respect des désirs des patients, « au goût des autres ». D'autres ne découvriront jamais cette dimension de leur métier.

Pour soigner, il est indispensable de ne pas agir en fonction de nos préférences liées à notre éducation et à notre origine sociale, à notre culture médicale, mais de respecter les patients en partageant avec eux nos connaissances et en respectant leur choix.

Encore aujourd'hui pour la majorité des professionnels, c'est seulement de la qualité scientifique de leurs diagnostics et de leurs prescriptions que dépend l'avenir des malades, leur satisfaction et le résultat final des thérapeutiques prescrites.

En second lieu, une pratique médicale ouverte, accueillante à la totalité de la vie du patient

Cette pratique ne sera fermée ni à l'histoire, ni au contenu, ni à l'environnement de sa vie humaine quotidienne et ne se limitera pas à une connaissance de sa vie biologique, des images de ses organes et des composants de son sang.

Soigner un homme implique du temps pour écouter et pour dialoguer ; une très grande attention à ses conditions de vie, à son histoire ; un examen clinique attentif ; des offres d'aide à la solution d'éventuels problèmes sociaux ; des avis concernant les modes de vie ; des propositions diagnostiques et thérapeutiques fondées sur des données scientifiques irrécusables d'efficacité et de légitimité, sans oublier celle de ne rien faire, d'attendre et voir, Puis, après avoir expliqué, informé et rassuré, de mettre en œuvre la décision du malade.

Au fil des années de leur pratique médicale, instruits par leur expérience, certains praticiens comprennent que de nombreux patients qu'ils traitent souvent depuis des mois ou des années pour des troubles somatiques variés ou des états dépressifs ne sont pas atteints d'une maladie, qu'ils n'ont donc pas besoin de traitement notamment médicamenteux, mais qu'ils attendent de leur médecin

qu'il prenne soin d'eux.

Ces patients - des hommes et des femmes, adolescents, adultes ou enfants - se plaignent de symptômes variés que j'ai précédemment énumérés : digestifs (douleurs abdominales, troubles du transit intestinal...); neurologiques (maux de tête, insomnie...); sexuels (impuissance ou frigidité...).

Ces symptômes sont souvent associés à des troubles de l'humeur : irritabilité, dépression, à une consommation abusive de médicaments et à une sensation de fatigue chronique pour laquelle en vain on recherche depuis des années une cause virale.

Les données de l'examen clinique sont habituellement très pauvres et n'orientent pas les médecins vers une maladie connue.

Ces patients ne souffrent pas d'une maladie, mais de mal-être. Leur corps est sain mais ne fonctionne pas aussi bien qu'ils le souhaiteraient ; leur âme, elle, est malade. Leurs symptômes sont liés aux difficultés relationnelles, aux contraintes, aux frustrations de la vie quotidienne, aux deuils répétés nés de l'échec de leurs projets, à la vieillesse, à leurs problèmes économiques, professionnels, affectifs, sociaux, mais également à des modes de vie, à des erreurs alimentaires, à une surcharge professionnelle ou au chômage.

La médicalisation de cette souffrance par des prescriptions diagnostiques ou pharmacologiques est, pour de nombreux médecins, notamment les spécialistes qui disposent de nombreux outils techniques d'exploration des organes (cœur, rein, poumon, tube digestif, appareil locomoteur, urinaire et génital), la seule solution capable d'améliorer l'état de santé de ces patients. Elle induit une attitude passive du sujet, qui n'est pas invité par son médecin à analyser les mécanismes psychologiques et les causes existentielles des symptômes parfois douloureux et gênants lorsqu'ils se reproduisent souvent.

Un assujettissement au développement des techniques diagnostiques et thérapeutiques

Pourquoi, en présence de ces patients qui n'ont pas de maladie, les professionnels des soins prescrivent-ils de nombreux examens ? En partie parce qu'ils veulent découvrir une maladie ou ne pas ignorer une pathologie silencieuse, mais aussi parce qu'ils ont perdu leur liberté d'agir. Non pas du fait d'un contrôle ou d'une évaluation de leurs prescriptions, mais en raison de leur asservissement aux techniques médicales, en constant renouvellement et considérées comme irremplaçables.

L'exercice de la médecine n'est plus fondé sur le recueil et l'analyse des données cliniques collectées lors de l'accueil, d'un entretien, puis de l'examen attentif des patients, mais sur les informations fournies par les techniques biologiques ou radiologiques mises à la disposition des professionnels par les industriels avant même que leur utilité pour le traitement des malades ait été démontrée par des études expérimentales rigoureusement conduites. C'est d'ailleurs pourquoi

certaines sont retirées du marché après quelques années, en raison des décès ou des complications liées à leur utilisation et à leur absence d'efficacité. Ces techniques se renouvellent en permanence, non parce que les plus récentes sont plus utiles, mais parce que ces innovations sont indispensables à la croissance des industries biomédicales.

Pour les médecins et pour la population, la technologie (le discours sur la technique) recueille une adhésion massive. Ces techniques sont de moins en moins invasives et inconfortables, leurs risques sont limités. Elles n'effraient pas les malades. La qualité des images offertes par les scanners, IRM et échographies fascine malades et médecins. La sensibilité de ces techniques progressant d'année en année, le nombre d'anomalies qu'elles mettent à jour augmente. Chez la majorité des personnes de plus de 60 ans seront découvertes des lésions, notamment vasculaires et articulaires, parfaitement silencieuses et qui le resteront jusqu' la mort du patient, mais qui, une fois découvertes, seront une source d'inquiétude et conduiront à des traitements, toujours inutiles, mais capables d'induire des effets indésirables. Au total, cette attitude ne peut pas améliorer le patient et induit un fort risque fort de diminuer sa qualité de vie.

Malades et médecins deviennent dépendants des outils que la société technicienne met à leur disposition pour son développement. Dans cette société, les professionnels des soins, mais aussi les citoyens bien-portants ou malades ne peuvent résister au bluff technologique [61] et ont perdu la liberté de choisir.

Cependant, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, une contestation de la surenchère technique débute. Les adhérents de neuf spécialités médicales viennent de lancer, sous l'égide de l'American Board of Internal Medicine Foundation (aux Etats-Unis), la campagne « The choosing wisely » (Choisir à bon escient), [62] visant dans chaque spécialité cinq examens complémentaires dont l'efficacité reste à démontrer et dont le volume des prescriptions est manifestement trop important. Auparavant, le journal *Annals of Internal Medicine* [63] avait lancé en janvier 2012 un questionnaire concernant 37 explorations dont l'intérêt est limité à quelques indications, mais qui sont largement prescrites. Enfin, le *British Medical Journal* [64] s'insurge contre la protonthérapie et propose à ses lecteurs de voter en faveur ou non de cette radiothérapie dont le coût est très élevé et qui est notamment utilisée dans le traitement du cancer de la prostate, alors qu'elle n'a pas été évaluée et que son coût pour deux centres en Angleterre est de 250 millions de livres. Il semble que les responsables médicaux de ces deux pays reconnaissent enfin que 30% des prescriptions médicales sont inutiles et comportent des risques pour la santé des malades. Le gâchis financier lié à ces décisions médicales inappropriées est devenu insupportable, en raison de la situation économique en Occident. En France, les responsables médicaux restent silencieux.

L'efficacité de la plupart des techniques médicales, notamment les techniques d'imagerie, celles utilisant les prothèses articulaires ou corrigeant les anomalies vasculaires, est indiscutable ; la légitimité de leurs indications est restreinte aux cas où leur réalisation à un intérêt : soit direct, thérapeutique (par exemple une prothèse de hanche), soit indirect, en apportant aux malades et aux médecins des informations qui pourraient conduire à des traitements efficaces.

Autrement dit, une technique ne peut être mise en œuvre que lorsque les résultats qu'elle fournira peuvent avoir une utilité pour traiter une maladie chez un malade dont la maladie, l'état clinique, les conditions de vie possèdent certains caractéristiques qui ne sont pas identiques à celles d'un autre malade pour lequel la technique sera sans utilité et dont la prescription sera illégitime.

Cette analyse est indispensable pour une utilisation optimale et raisonnée des techniques diagnostiques ou thérapeutiques. En pratique, leur prescription est loin de respecter ces critères pourtant élémentaires.

Vis-à-vis des patients sans maladie, les indications des techniques diagnostiques sont limitées, mais leurs prescriptions sont fréquentes. L'autolimitation des prescriptions, le renoncement à faire, la sobriété technique, sont les attitudes raisonnables, mais assez peu fréquentes, car si les capacités de réflexion et si les connaissances scientifiques sont suffisantes pour faire un choix, celui-ci devient difficile lorsque la médecine et la société sont régies par une logique financière et instrumentale.

Des manières de travailler archaïques

Le document de référence du Conseil de l'Ordre et des syndicats médicaux pour organiser et réglementer l'organisation des soins et l'exercice de la médecine est encore aujourd'hui un document datant du 7 juillet 1927 : la charte de la médecine libérale, dont persistent quatre principes : liberté d'installation, paiement à l'acte, liberté de prescription, liberté de choix du médecin par le malade. Un cinquième – l'entente directe médecin / malade sur les honoraires - avait disparu lors de la création de la sécurité sociale, mais il est à nouveau bien réel avec les dépassements d'honoraires. Cette charte avait permis durant 50 ans le développement d'un exercice de la médecine individuelle caricaturé sous le nom de « modèle du petit commerçant ».

Aujourd'hui, les principes restent, mais les pratiques évoluent. Le modèle libéral du petit commerçant, quoique encore majoritaire, est concurrencé par les groupements médicaux qui deviennent des petites entreprises.

Une évolution des modèles de pratique médicale est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins, car même si les médecins étaient correctement formés, s'ils avaient appris à soigner les malades avec ou sans maladie et s'ils dominaient les indications des techniques mises à leur disposition, ils ne pourraient mettre en œuvre leurs capacités, car leur conditions de travail sont aujourd'hui proches de celles que connaissaient leurs confrères il y a près de cinquante ans, alors que leurs contraintes, leurs obligations vis-à-vis de la collectivité, leurs moyens diagnostiques ou thérapeutiques et les besoins des patients et de la population ont changé.

Aujourd'hui, ils disposent en effet de ressources techniques très efficaces et encore accessibles, pour un temps sans doute, à la majorité des Français, mais ils n'ont pas, en raison de la demande croissante de la population, le temps nécessaire pour les utiliser à bon escient. A l'évidence, les médecins n'ont pas la

disponibilité indispensable pour prendre soin des patients qui les consultent, qu'ils souffrent ou non d'une maladie. Une consultation doit être brève et se terminer par la rédaction d'une ordonnance que le malade attend avec impatience.

Contrairement à une idée largement répandue, les médecins sont assez nombreux en France pour avoir le temps de prendre soin des malades, de les conseiller, de les rassurer, de les aider à vivre avec leurs malaises ou avec leurs maladies ; mais ils n'ont pas la possibilité de déléguer à des collaborateurs administratifs toutes leurs activités administratives et à des personnels infirmiers la plupart des activités de surveillance des malades atteints d'affections chroniques, qui constituent plus de la moitié de leur clientèle. Faut-il ajouter qu'ils seraient davantage disponibles pour les malades et beaucoup plus efficaces s'ils acceptaient non seulement de déléguer une grande partie de leurs activités médicales, mais aussi de travailler dans des ensembles intégrant à la fois les soins ambulatoires primaires et spécialisés, les soins hospitaliers et disposant pour chaque patient d'un dossier médical informatisé ?

A l'évidence, leurs syndicats restent arc-boutés sur cette charte libérale qui date d'un temps où : les prescriptions médicales étaient limitées en raison de la pauvreté des moyens diagnostiques et thérapeutiques ; la consommation médicale était réduite en raison de son coût pour les malades qui ne bénéficiaient pas de la sécurité sociale ; les contraintes administratives minimales ; la santé publique restreinte à des mesures d'hygiène. A cette époque lointaine, les moyens diagnostiques et thérapeutiques étaient réduits à quelques interventions chirurgicales et les médicaments efficaces à l'aspirine, à la morphine et à la digitaline. Le monde a changé, des progrès considérables ont été réalisés, mais l'organisation de la médecine reste inchangée.

Aujourd'hui, ces syndicats sont incapables de penser un fonctionnement adapté aux besoins de la population et des professionnels, pour deux raisons :

En premier lieu, imprégnés, génération après génération, par les principes de la médecine libérale défendus efficacement durant des décennies, ils se refusent à voir ou ils n'ont pas conscience des défauts de la qualité des soins en France. Ceux-ci sont principalement liés à une organisation dont ils sont responsables, mais qui ne prend en compte ni les besoins des malades, notamment dans le domaine des soins primaires constituant pourtant les trois quarts de la demande de soins ; ni l'efficacité des soins (toutes les tentatives d'amélioration se heurtant à une absence de réflexion sur leurs responsabilités économiques) ; ni la productivité des soins, en raison de l'absence de coopération entre tous les professionnels qui participent aux soins d'un malade.

En second lieu, la défense des principes de la médecine libérale, qui en leur temps étaient adaptés aux besoins de la population, constitue aujourd'hui l'obstacle principal à l'amélioration de la qualité médicale des soins et de la santé de la population. Peut-on admettre encore la liberté des honoraires et la liberté d'installation, à l'heure où plus de 30% des Français éprouvent des difficultés d'accès aux soins et à l'heure où les soins primaires de base ne sont plus correctement assurés dans certains cantons ruraux ou urbains ?

Sachant que les responsables politiques ne veulent surtout rien entreprendre qui

pourrait leur faire perdre les faveurs électorales de ces professionnels des soins, toutes les améliorations proposées depuis des années par les analystes des systèmes de soins sont récusées par les organisations syndicales et le Conseil de l'Ordre.

Au même titre que les enseignants, les magistrats, les policiers, les fonctionnaires..., les médecins sont au service des personnes et de la collectivité qui les rémunère par l'intermédiaire de la sécurité sociale. Pour qu'ils puissent assumer leurs responsabilités vis-à-vis de la population, une révolution de l'organisation des soins est indispensable. Encore faudrait-il que les professionnels des soins aient conscience de la nécessité de ce changement pour répondre aux besoins des Français.

Du côté des patients

Ces hommes et ces femmes qui souffrent mais n'ont pas de maladie sont-ils plus nombreux aujourd'hui qu'hier? En apparence, oui. La réalité, nous l'ignorons, mais sachant que les conditions de vie de nos grands-parents n'étaient certainement pas meilleures que les nôtres, pour la plupart d'entre eux, il est probable qu'ils souffraient également de symptômes liés à leurs difficultés existentielles, mais ils faisaient rarement appel aux médecins pour les soigner. Et ce principalement en raison de l'absence d'un système d'assurance maladie, mais aussi parce que l'idéologie du progrès médical permanent n'avait pas envahi leur pensée.

Aujourd'hui, consulter un médecin alors que l'on est en excellente santé, pour des raisons préventives ou pour des symptômes banaux, semble devenu « un sport national ». [65]

Tout symptôme justifie en urgence l'avis d'un médecin et la prescription de quelques prises de sang, puis d'examens radiographiques et enfin de médicaments. Notre vie est de jour en jour davantage médicalisée.

Quatre mécanismes permettent de comprendre ce comportement moutonnier :

- la peur et l'incertitude des risques,
- le vieillissement de la population qui devient plus fragile,
- l'asservissement de la population à la violence symbolique générée par les professionnels des soins,
- la croyance populaire en la toute-puissance de la médecine.

Le premier est la peur qui naît de la lecture des journaux ou des magazines, et plus encore de l'écoute des émissions de télévision ou des communiqués du gouvernement, qui sans cesse nous rappellent qu'il ne faut pas négliger sa santé et que tout symptôme justifie un avis médical. La peur d'une maladie grave, associée à l'ignorance du fonctionnement de notre corps, génère une incertitude sur la gravité des risques qui pourraient être en rapport avec des symptômes banaux. Cette incertitude est responsable d'une angoisse, qui, pensent ces patients, ne peut être levée que par la médecine, et explique des comportements qui ne sont pas commandés par la raison mais par l'émotion.

Cette peur est plus ou moins consciemment instrumentalisée par les professionnels des soins, qu'ils exercent une médecine traditionnelle ou parallèle, pour accroître leur pouvoir sur les patients.

Faut-il ajouter que la peur, l'incertitude, l'angoisse permettent un développement de l'idéologie de la prévention médicale ? Les discours médiatiques du type « Votre bonne santé apparente peut cacher une maladie grave » profitent aux institutions médicales et aux soignants bien davantage qu'à la population.

Le désenchantement du monde, la perte de la foi en une autre vie après la mort, est parfois évoqué comme facteur favorisant cette inquiétude. Rien n'est moins certain. L'angoisse de mort des croyants est à l'image de celle du Christ au Clos de Gethsemani (Mathieu 26, 42) : celle de leur condition humaine. Elle est ressentie et comparable à celle des non croyants. Leur demande d'une explication médicale à leurs malaises et d'un traitement médicamenteux pour les apaiser ne diffère habituellement pas de celle des athées.

Le second est le vieillissement de la population, qui accroît sa fragilité physiologique, mais aussi son inquiétude par rapport à sa santé. Avec les années qui passent, la mort est de plus en plus proche et touche de plus en plus l'entourage familial et amical. Consulter un médecin devant un signe banal lié à l'usure de l'organisme devient une obligation et pourrait, pensent les personnes âgées, accroître leur espérance de vie.

Le troisième est l'asservissement des populations occidentales à la médecine et aux médecins.

Les représentations que nos contemporains ont de la médecine sont totalement faussées par les discours quotidiens des professionnels des soins, mais aussi des responsables politiques et des médias qui célèbrent les constants progrès des sciences médicales.

Cette violence symbolique est appliquée sur la population par les professionnels des soins qui exercent sur les patients une domination dont la plupart n'ont pas conscience, car son intériorisation commence dès les premiers jours de leur vie hospitalière et se poursuivra durant leurs études puis durant leur vie professionnelle. [66]

Cette domination est individuelle lorsqu'elle est exercée par les professionnels sur les patients. Elle conduit ces derniers à accepter sans discuter les décisions médicales. Les prescriptions diagnostiques et thérapeutiques recueillent toujours le consentement du malade. Cet accord est habituellement implicite, car le consentement du patient n'est pas demandé en pratique quotidienne. Ce consentement devrait être éclairé par une information détaillée sur l'efficacité, les risques et l'utilité possible de ces prescriptions. Ce qui est rarement le cas.

Les malades pensent être libres de leur choix ; en réalité ils ont inconsciemment intégré dans leur comportement l'acceptation des décisions médicales et ont intériorisé les normes médicales. Par exemple : la prescription de plusieurs médicaments pour clore une consultation ou l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour aboutir à un diagnostic.

La violence symbolique n'est pas seulement individuelle dans la relation médecin / malade, mais structurelle, et elle nous concerne presque tous. Pour la majorité de nos concitoyens, pour les responsables de la santé publique, pour les membres du gouvernement, la santé dépend quasi exclusivement de la médecine et des médecins. Les médias, les professionnels des soins et les responsables politiques nous rabâchent que ce sont les progrès des sciences médicales et la qualité des professionnels des soins qui expliquent l'amélioration de la santé et de l'espérance de vie.

La population est soumise et dépendante des professionnels des soins. Ayant perdu tout sens critique, elle adhère aux discours qui célèbrent les possibilités sans cesse renouvelées des médecines officielles ou alternatives. Cette violence symbolique s'exerce sur la totalité des classes sociales. Si l'on constate parfois, notamment dans les classes aisées, un rejet de la médecine traditionnelle en raison de ses insuffisances et de ses échecs - qui sont, en fait, très souvent liés à ses limites que malades et médecins veulent ignorer -, c'est pour se tourner vers une autre violence symbolique : celle exercée par les médecines alternatives.

Quatrième facteur : Les croyances populaires en la puissance de la science médicale et en la qualité des décisions médicales

Ces croyances permettent de comprendre l'acquiescement sans limite des patients aux prescriptions médicales et leur dépendance à la médecine. Ces croyances sont liées à une triple adhésion : aux discours politiques et institutionnels (les organismes de sécurité sociale, les associations de santé publique, l'éducation nationale, les universités, les centres de recherche, le conseil de l'ordre des médecins) ; aux informations véhiculées par les médias, qui tous célèbrent les progrès de la médecine et la qualité des résultats obtenus ; aux médecins qui, en privé, lors d'une rencontre avec un patient, ou en public, par exemple à la télévision, énoncent des avis, ordonnent ou conseillent des examens diagnostiques et des traitements qui sont autant de formes de violence considérée à tort par les patients comme légitime, car relevant de données scientifiques. En réalité, ces avis, ces décisions reflètent l'opinion d'experts dont les avis ne sont pas soumis à un débat et sont très souvent le reflet, non de connaissances scientifiques et rationnelles, mais d'opinions personnelles. Celles-ci ne sont déterminées que très rarement par une analyse rigoureuse des données expérimentales ; elles sont souvent issues d'une expérience pratique qui n'a pas de valeur scientifique lorsqu'elle n'a pas été évaluée ; enfin, elles sont déterminées par des considérations politiques et matérielles.

La soumission au pouvoir médical

S'il n'est pas rare que les malades ne suivent pas aveuglément les prescriptions médicamenteuses, sans en faire part pour autant à leurs médecins, la majorité des citoyens fait preuve de soumission au pouvoir médical.

Ce comportement des populations occidentales dans des pays démocratiques et libéraux évoque le « Discours de la servitude volontaire » écrit par Etienne de la Boétie en 1549. [67] La soumission à l'ordre médical promu par les gouvernants,

aux conseils et aux prescriptions des professionnels des soins est liée à l'ignorance ; à la peur de la souffrance, de la maladie et de la mort ; à la foi en la médecine ; à la confiance aux médecins et plus encore aux habitudes acquises dès les premières années de la vie de consulter ceux qui savent et peuvent nous protéger des atteintes à la santé.

Pour que les citoyens puissent lutter contre cette soumission qui devient rapidement une dépendance, pour qu'ils retrouvent la liberté d'être et d'agir, deux conditions sont indispensables : un fonctionnement démocratique des institutions médicales et des structures de soins – qui est une obligation –, mais aussi le refus d'obéir aux ordres des professionnels sans connaître et sans comprendre les raisons de leurs prescriptions. L'obéissance précède la dépendance.

La réalité des progrès médicaux.

Personne ne nie les progrès médicaux réalisés entre 1945 et 1985 : certaines vaccinations (rougeole, oreillons, rubéole, anti-poliomyélitique s'ajoutant à celles déjà classiques : tétanos, fièvre typhoïde, diphtérie) ; les antibiotiques ; les greffes et les prothèses ; la découverte de nombreux médicaments efficaces, notamment dans le domaine cardiovasculaire ; les nouvelles techniques dans le domaine de l'imagerie (échographie, scanner, IRM, endoscopies...) ou dans le domaine de la chirurgie.

N'oublions pas cependant que les gains de santé et d'espérance de vie depuis le milieu du dix-neuvième siècle sont antérieurs à ces avancées médicales. Entre 1886 et 1950, l'espérance de vie à la naissance progressait de 32%, en raison non des progrès de la médecine mais des avancées sociales. Ce sont les améliorations des conditions de vie (conditions de travail, logement, chauffage, alimentation, éducation scolaire) et d'hygiène qui rendent compte de la plus grande part des années de vie gagnées depuis un siècle.

Par exemple, l'incidence de la tuberculose et sa mortalité ont diminué dans la première moitié du vingtième siècle, en l'absence de traitement médicamenteux, aussi vite que dans la seconde moitié, pour des raisons socio-économiques et grâce aux mesures d'isolement.

Les progrès de l'espérance de vie qui peuvent être attribués depuis 20 ans à la médecine sont presque exclusivement liés à l'amélioration du traitement des affections cardiovasculaires et à leur conséquence : l'augmentation de la durée de vie des personnes âgées. Ces progrès ralentissent d'ailleurs et l'espérance de vie progresse plus lentement. Elle fut stationnaire pour la population féminine en 2008. Penser qu'à l'avenir chaque année nous offrira deux à trois mois de vie supplémentaire est faire preuve de beaucoup d'optimisme. [68]

Ces progrès concernent davantage ceux dont les conditions de vie matérielles sont satisfaisantes que ceux qui subissent pauvreté et précarité. [69]

L'espérance de vie à 35 ans des ouvriers (40.9 années) est, pour la période 2000-

2008, inférieure à celle dont bénéficiaient les classes sociales supérieures (41.7 années) lors de la période 1976-1984. Cet écart de 25 ans [70] dans l'espérance de vie se double d'un plus grand nombre d'années d'incapacité. A 35 ans, les hommes de la classe ouvrière ont une espérance de vie de 40.9 et les cadres supérieurs de 47.2, mais les premiers vivent plus longtemps en incapacité (1 à 4 ans, selon les formes d'incapacité), subissant « une double peine », à savoir plus d'années en incapacité lors d'une vie plus courte. [71]

La mortalité précoce avant 25 ans diminue, mais de manière inégale et davantage dans les classes aisées et les professions libérales. [72]

Ce constat témoigne aussi de l'effet réduit des facteurs de risque biologiques sur l'espérance de vie de la population. En France, en effet, l'accès aux soins, même s'il s'est détérioré ces dernières années, reste satisfaisant pour les pathologies graves ou chroniques qui menacent la vie et nécessitent une hospitalisation ou des soins prolongés. L'accès aux soins n'est donc pas un facteur limitant majeur de l'espérance de vie.

Le traitement d'un infarctus du myocarde ou d'un cancer est identique chez un banquier ou un ouvrier, mais ces pathologies sont plus fréquentes et plus précoces chez les ouvriers, pour des raisons qui tiennent en partie seulement à des comportements à risque. Comme Michael Marmot [73] l'a clairement démontré, ces raisons relèvent plus d'une vulnérabilité liée au vécu et au ressenti de la position professionnelle et sociale. Un lien étroit existe entre l'état de santé, l'espérance de vie et la position dans la hiérarchie sociale.

Il convient aussi de remarquer que l'allongement de l'espérance de vie, constatée partout en Europe, n'est pas pour autant, toujours et partout, accompagnée d'une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. En France, entre 1995 et 2009, la progression pour les hommes est de 2.5 ans et pour les femmes de 0.8 ; depuis 2008, elle est en diminution pour les hommes : 62.7 en 2008 et 61.9 en 2010, et pour les femmes : 64.6 en 2008 et 63,5 en 2010. [74] La diminution est forte entre 2003 et 2009, en Allemagne pour les hommes : de 8.3 années et en Espagne : 4.2 années. [75] Les gains sont importants au Royaume- Uni (de 3.5 années) et en Suède de 8 ans.

L'amélioration de la santé des Français ne passe ni par une médicalisation intensive, qui fabrique des malades, ni par une infantilisation ou le développement d'une dépendance vis-à-vis des bilans, des dépistages et des traitements qui leur sont proposés par le gouvernement. Cette amélioration ne peut passer que par une responsabilisation de leurs comportements quotidiens, qui suppose bien évidemment une information et des prescriptions personnalisées concernant leur alimentation, leur activité physique, leurs modes de vie, mais également une amélioration de leurs conditions de vie et une réduction de la pauvreté et des inégalités économiques et sociales.

La santé de la population dépend moins des thérapeutiques prescrites par les professionnels des soins que des décisions prises par les responsables politiques concernant la vie économique et la cohésion sociale. [76]

CONCLUSION

Le mal-être est lié à des causes psychologiques ou sociales, individuelles ou collectives, et peut être à l'origine de troubles de l'humeur, de consommation de drogues ou de médicaments et d'une souffrance corporelle.

Les médecins sont sollicités pour améliorer les symptômes de ces patients.

La médicalisation de ces états de mal-être est une solution passagère, coûteuse, dangereuse, mais également illogique, car ces états ne sont ni responsables ni la conséquence d'éventuelles anomalies biologiques ou morphologiques.

Une souffrance existentielle à l'origine de signes corporels ne justifie pas des traitements médicaux, mais une recherche de sens forcément longue et difficile, car elle implique de la part des soignants une disponibilité temporelle, intellectuelle, une grande attention à l'autre et de la patience.

L'amélioration de ces patients passe par la parole, l'écoute, la rigueur de l'examen clinique, et non par la prescription d'exams ou de médicaments. Cette attitude médicale n'est pas toujours couronnée de succès. La guérison de ces patients est rare, exige du temps et est plus difficile à obtenir que celle de ceux qui souffrent d'une maladie, car leurs troubles ne sont pas accessibles aux moyens techniques et médicamenteux dont la médecine dispose à profusion. Cependant, dans la majorité des cas, cette attitude associée à une information du patient, à la fois simple et complète, sur la signification des symptômes dont il se plaint et sur l'absence d'une maladie pour les expliquer, le rassure. Il est rare qu'elle aboutisse à la guérison définitive de symptômes qui peuvent réapparaître, sous une forme identique ou différente, les mois ou les années suivantes.

Lorsque, avec l'aide d'un soignant qui ne distribue pas des médicaments, mais respecte leur dignité en humanisant leur relation, les patients ont appris à reconnaître les relations de cause à effet entre leurs symptômes et les événements de leur vie, [77] lorsqu'ils savent que leurs symptômes ne sont pas l'expression d'une maladie, mais une manière d'être au monde qui leur appartient, qui est liée à leur histoire personnelle et familiale et à leur souffrance existentielle, leurs malaises ne suscitent plus l'angoisse de mort liée à la crainte d'une maladie grave et ne les conduiront pas à demander sans cesse à leurs médecins des exams ou des traitements pour la plupart inutiles, coûteux et parfois dangereux.

Cette attitude respectueuse de la clinique et de la singularité de chaque patient est en pratique trop rarement celle des médecins, pour diverses raisons : ils peuvent ignorer sa possibilité ou ne pas y croire ; s'ils la connaissent, ils n'ont été ni préparés, ni éduqués durant leur formation universitaire et hospitalière à la mettre en œuvre ; l'organisation des soins, leurs conditions de travail et de rémunération ne leur permettent pas la disponibilité indispensable pour prendre soin de ces patients et les incitent à prescrire ; réduire une incertitude qui persiste après un examen clinique attentif est une préoccupation légitime ; de nombreux patients ne sont pas prêts à l'accepter et réclament au praticien des médicaments et des exams.

Pour essayer de donner un sens à cette souffrance qui n'est pas liée à une maladie

et pour l'apaiser, il faut écouter longuement, puis informer, expliquer, rassurer. Quelques minutes peuvent suffire pour délivrer une ordonnance, traiter une maladie aigüe ou un épisode d'une maladie chronique. Pour prendre soin d'un sujet qui souffre, mais n'est pas malade, le temps ne doit pas être compté. Ce comportement médical exige une grande disponibilité, une attention à l'autre et un constant souci de respecter sa dignité.

Pour apaiser les souffrances liées à « l'incapacité de ces patients à être », qui a des raisons psychologiques et sociales, les médecins doivent les aider à se libérer de leur enfermement en leur donnant la parole, en les accompagnant, en essayant non de se mettre à leur place, mais en cherchant à les rejoindre, à les comprendre, à leur redonner la capacité d'être soi-même, notamment par une écoute attentive et une parole apaisante. Pour soigner ces patients, les soignants doivent renoncer à leurs moyens techniques, consentir à l'incertitude diagnostique, accepter de ne pas savoir interpréter les plaintes des malades, abandonner leur savoir biologique et médical - donc renoncer à la position d'autorité et au biopouvoir que leur donne ce savoir.

En fonction de la situation du patient et des déterminants de ses troubles, ils ne doivent pas hésiter à solliciter une aide psychologique, sociale, administrative.

Ils doivent accepter l'échec - ne pas pouvoir maîtriser l'évolution des symptômes -, sans oublier que les patients espèrent recevoir en échange du don et du partage de leur souffrance : écoute, respect, compréhension et empathie.

NB: Je remercie vivement Elena Pasca pour la relecture très attentive et les corrections, qui ont amélioré la compréhension de mes réflexions.

NOTES ET REFERENCES

[50] Ces patients ne sont pas des malades atteints d'hypochondrie. Ils ne vivent pas dans la terreur d'être atteints d'une maladie grave. Leur comportement n'est pas obsessionnel. Ils ont conservé un rapport tout à fait normal avec la réalité.

[51] Studdert DM et collaborateurs "*Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*" JAMA2005.293/2609-2617.

[52] Redberg RF "*Cancers risk and radiation exposure from computed tomographic scans*" Arch Int Med 2009;169:2049-2050.

[53] Probablement 30 à 40% des cholécystectomies (ablation de la vésicule biliaire) pour lithiase biliaire sont réalisées pour des symptômes - douleurs abdominales chroniques, intolérance à certains aliments, nausées... - qui n'ont aucune relation de cause à effet avec la présence de calculs dans la vésicule.

[54] Deyo RA "*Cascade effect of medical technology*" Annual Review of Public Health 2002;23:23-44.

- [55] Croswell J et collaborateurs "Cumulative incidence of false positive results in repeated multimodal cancer screening" *Ann Fam Med* 2009;7:212-222.
- [56] Ivar J et collaborateurs "Extended report: Four year follow-up of surgical versus non-surgical therapy for chronic low back pain" *Ann Rheum Dis* 2010;69:1643-1648.
- [57] Stergiopoulos K et collaborateurs "Initial coronarography stent implantation with medical therapy versus medical therapy alone for stable coronary artery disease. Meta-analysis of randomized controlled trials" *Arch Int Med* 2012;172: 312-319.
- [58] Arguedas JA et collaborateurs "Treatment for blood pressure targets for hypertension" *Cochrane data base syst rev* 2009. Jul 8; (3): CD004349.(Review) PMID: 19588353.
- [59] Adams KF et collaborateurs "Overweight obesity and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old" *N Engl J Med* 2006;355:763-778.
- [60] Flegal FM "Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity" *JAMA* 2005.293:1861-1867.
- [61] Jacques Ellul « *Le bluff technologique* » Poche Editions Pluriel Janvier 2012.
- [62] Roehr B "US specialties list five tests and treatments that doctors and patients can safely avoid" *BMJ* 2012;344:e2601. Roni Caryn Rabin "Doctor panels recommend fewer tests for patients" *The New York Times* 4 April 2012.
- [63] Qaseem A et collaborateurs "Appropriate use of screening and diagnostic test to foster high-value, cost conscious care" *Ann Int Med* 2012;156:147-149.
- [64] Epstein K "Is spending on proton beam therapy for cancer going too far, too fast?" *BMJ* 2012;344:e2488.
- [65] Juli Zeh « *Corpus delicti* » Actes Sud 2010.
- [66] On appelle pouvoir de violence symbolique « tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force ». P Bourdieu *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris Droz 1972, page 18.
- [67] Etienne de la Boétie « *Discours de la servitude volontaire* » Petite bibliothèque Payot.
- [68] Vallin J. Meslé F « *Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?* » Institut national démographique Population et sociétés, Numéro 473 Décembre 2010.
- [69] Frédéric Lemaître, Journal « *Le Monde* » 14 décembre 2011. En Allemagne, l'espérance de vie des personnes aux revenus les plus faibles diminue. Elle est passée de 77.5 ans en 2001 à 75.5 ans en 2010. Dans les anciens Etats

régions d'Allemagne de l'Est, l'espérance de vie des personnes gagnant moins des trois quarts du revenu moyen est passée durant la même période de 77.9 ans à 74.1 ans.

[70] Nathalie Blanpain « *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités face à la mort demeurent* » INSEE PREMIERE Octobre 2011 Numéro 1372.

[71] Cambois E et collaborateurs « *La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte* » Population et Sociétés Janvier 2008 Numéro 441.

[72] Michel E et collaborateurs « *Mourir avant de vieillir* » INSEE PREMIERE Février 1996 Numéro 429.

[73] Marmot M et collaborateurs “*Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study*“ Lancet 1991 337 (8754) :1387-1393.

[74] « *Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays de l'Union Européenne* » INED Communiqué de presse 17 Avril 2012.

[75] Insee. *Espérance de vie en bonne santé dans l'Union européenne.*

[76] Dever A “*An Epidemiological model for health policy analysis*“ Social indicators research 1976;2 (numéro 4 mars):453-466.

[77] Gastro-entérologue hospitalier, j'ai rencontré, en consultation, davantage de malades qui souffraient de mal-être que de sujets atteints d'affections digestives. Le plus souvent, j'ai soigné ces patients avec les médecins généralistes qui me les avaient adressés - ou seul lorsque les patients s'étaient directement adressés à ma consultation. Lorsque j'étais incapable de soulager ces patients après plusieurs consultations, je leur conseillais de rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Je préférais la collaboration d'un psychologue à celle d'un psychiatre pour quatre raisons : ces patients ne souffraient pas d'une maladie mentale ; les psychologues ne prescrivent pas de médicaments ; ces patients avaient besoin d'un soignant possédant des connaissances en sciences humaines et une formation psychanalytique, capable de les écouter et d'établir avec eux une relation approfondie d'une qualité supérieure à celle que je pouvais offrir à ces patients.