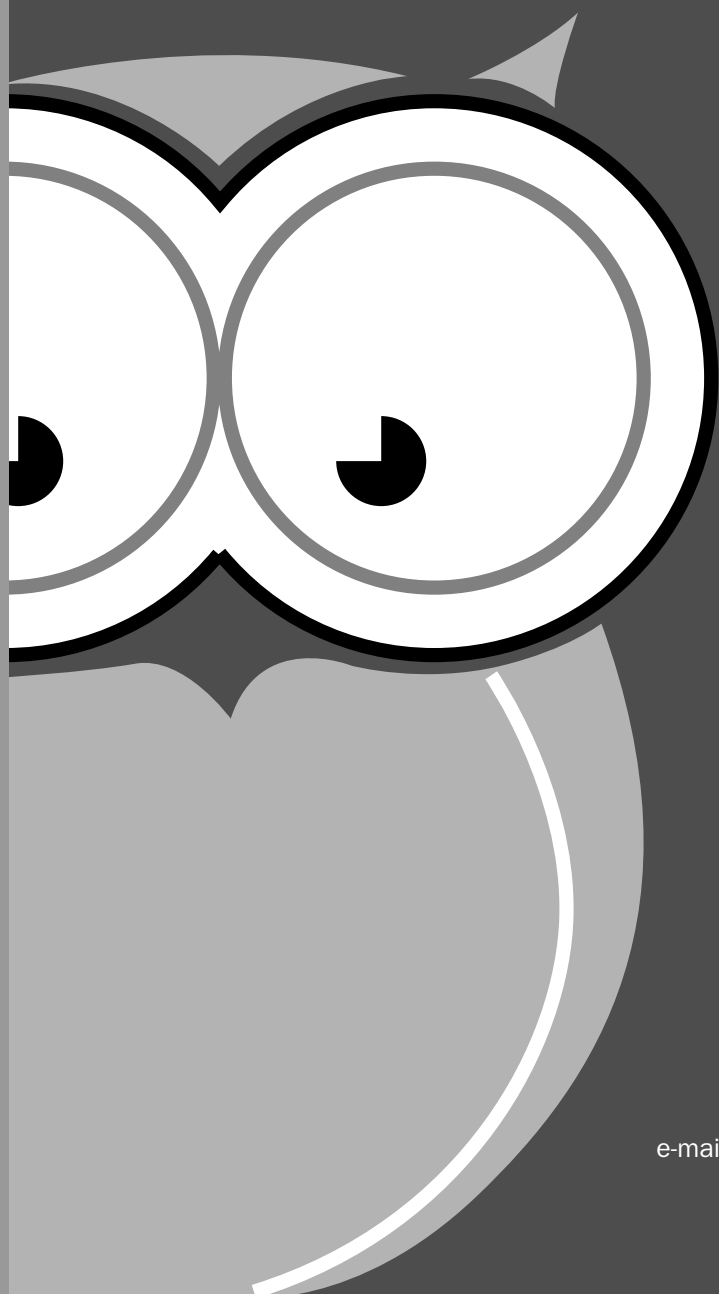


# documents *de recherches*

en

# médecine *générale*



**Société Française  
de Médecine Générale**  
*Société Savante*

27, boulevard Gambetta  
92130 Issy Les Moulineaux  
Tél 01 41 90 98 20  
Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.sfmng.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.  
Représentant la France à la WONCA

## Dépistage des cancers, de la médecine à la santé publique\*

Dr André FLACHS\*\*

**i**

Il est difficile d'analyser et de rapporter cet ouvrage court mais dense car fait de plusieurs articles d'auteurs que l'on sent différents.

Je ne soulignerai que des morceaux choisis me paraissant représentatifs ou originaux comme, par exemple, extrait de la préface du Pr Tubiana (p. 1) "L'assurance de qualité et formation répondent à une même nécessité impérieuse médicale et éthique."

"Déjà les exigences du dépistage ont fait évoluer les mentalités et c'est là un de ses principaux acquis."

En lisant l'introduction de A. de Tovar (P. 5) on trouve ce qui va ressortir chez bien d'autres : l'anathème sur le dépistage spontané qui ne respecte pas rigoureusement les logiques et les contraintes du dépistage (dépistage voulant dire ici : dépistage de masse). Ce manichéisme est regrettable car ce qui compte finalement n'est pas la masse opposée à l'individu mais l'organisation opposée à l'inorganisation, l'absence de qualité à la qualité, le défaut de formation à la formation.

.....  
Le dépistage individuel peut ne pas être "spontané" et être parfaitement réfléchi, correctement exécuté, correctement répété avec des critères de qualité tant du test que des suivis et de l'évaluation, car il est guidé par le praticien qui le promeut et non par l'usager à qui on le propose. Car si l'on poussait un peu le paradoxe du "spontané", on pourrait se demander si dans le suivi d'une action de dépistage "de masse" on ne devrait pas aller en cas de test positif à l'obligation de qualité des intervenants ultérieurs : spécialistes d'organes mais aussi chirurgiens, radiothérapeutes, chimiothérapeutes et toute la chaîne

thérapeutique car le but réel du dépistage est de diminuer la mortalité causée par la maladie à dépister.

Et ce but pourrait ne pas être atteint si la chaîne de qualité se rompt.

Il serait en effet ridicule de créer des lieux spécialisés pour le dépistage si, ensuite, les dépistés n'étaient pas bien pris en charge par des professionnels frustrés et désabusés par leur non implication antérieure.

Le Pr A. Schaffer (p. 17) met bien les choses au point en disant :

- que seulement 2 femmes pour 1 000 ou peut-être 4 pour 10 000 ne mourraient pas du cancer du sein grâce au dépistage,
- que les faux positifs seraient 7 à 10 fois plus fréquents que les vrais cancers,
- qu'il y a 10 à 15 % de vrais positifs en mammographie,
- que la réduction de la mortalité n'est que de 30 % chez les femmes dépistées.

"Il apparaît clairement que l'on ne dit pas la "vérité" sur le dépistage des cancers et que l'information diffusée ne permet pas, d'une part aux acteurs de santé d'avoir une juste opinion sur l'opportunité des programmes de dépistage, d'autre part d'obtenir de chaque participant un consentement réellement éclairé. Ceci pose un sérieux problème éthique".

Le Pr Allemand (p. 29) fait remarquer que l'efficacité du dépistage spontané (il en a quand même une et la faculté a bien insisté lors des formations initiales sur sa nécessité) diminue la positivité de l'évaluation de l'organisé. Il insiste aussi sur le rôle du médecin généraliste dont la "place est irremplaçable" d'après une "énumération sommaire des effets délétères potentiels de tout dépistage". "Un effort majeur de formation doit être engagé

en direction des médecins généralistes, clés de réussite d'un programme de dépistage de masse. Ils peuvent permettre une participation suffisante au dépistage programmé et limiter les effets délétères. Leurs informations et conseils sont déterminants sur l'efficacité et la qualité du programme :

- conseils sur les objectifs du dépistage (une détection du cancer et non une prévention) sur ses différentes étapes, sur l'éventualité d'une reconvoication, sur la signification d'un résultat positif,
- réassurance des femmes faussement suspectées,
- accompagnement et gestion de l'anxiété des participantes en situation d'attente de résultat,
- suivi diagnostique et thérapeutique".

Le Pr Allemand reconnaît que pour le cancer du sein, les 2 000 mammographies français (200 en Angleterre) rend la création de structures spécifiques de dépistage non pertinentes à condition que cette organisation décentralisée accepte, pour tous les acteurs, une formation préalable, une assurance qualité à toutes les étapes et "une structure départementale de coordination et de gestion, véritable service épidémiologique et administratif

\* *In Questions en santé publique, Editions INSERM - Février 1997*

\*\* *Coordonnateur du Groupe de Travail Médecine Générale & Santé Publique URML - Basse-Normandie*

permettant le recueil permanent des données et le pilotage des programmes". Si l'on rentre le médecin généraliste dans les acteurs, ce type de programme décentralisé paraît tout à fait opérationnel et acceptable du moment qu'il existe une rémunération afférente à l'action pour tous ceux pour qui il n'y a pas "d'acte machine" en K ou en Z.

Le Pr Faivre (et collaborateurs, p. 39) reconnaît que les "explications du médecin généraliste" sont le facteur déterminant de la compliance au dépistage et que ces médecins, grâce à leurs réseaux professionnels, ont pu participer activement à une formation qui a permis de les impliquer (Bourgogne et Calvados).

Par ailleurs, les projections faites à partir des données des études contrôlées européennes suggèrent que la diminution de mortalité de la population soumise au dépistage serait de 15 % (avec un taux de participation à 50 %).

Auparavant, le Pr Faivre rappelle qu'il convient que "le test de sélection ait un taux de positivité bas et que lorsqu'il est positif, une forte proportion de sujets soumis aux examens de détection soient atteints d'une des lésions à dépister, la spécificité du test doit être très élevée, la sensibilité du test n'est pas le critère le plus important. C'est l'inverse pour un examen à visée diagnostique, la sensibilité du test doit être très élevée, la spécificité est moins importante".

Le Pr Schaffer (p. 47) met en exergue à la suite de travaux du Centre International de Recherche sur le Cancer et de l'Union Internationale contre le Cancer, qu'un dépistage du cancer du col de l'utérus réalisé dans de bonnes conditions permettait en débutant chez les femmes de 25 ans "une diminution de l'incidence cumulative de 93 % lorsque le frottis est réalisé tous les ans, d'une diminution de l'incidence de 91 % s'il est réalisé tous les trois ans, d'une diminution de 82 %

s'il est réalisé dans les cinq ans et s'il est réalisé tous les 10 ans, la diminution reste de près de 64 %".

Il fait aussi remarquer que les groupes de pression professionnels qui s'opposent aux recommandations de dépistage tous les 3 ans de 25 à 65 ans, méconnaissent des principes de santé publique qui sont :

- "l'efficacité ne se mesure pas par le nombre de cancers dépistés mais par la réduction de l'incidence ou de la mortalité,
- une action de dépistage ne permet pas de découvrir tous les cas, le dépistage est par nature probabiliste,
- l'efficacité est liée à la qualité de l'action,
- l'efficacité est liée aux modalités du dépistage,
- plus on augmente l'efficacité du dépistage, plus on augmente les coûts et que l'efficacité marginale peut atteindre des coûts marginaux considérables".

C'est par cet article du Pr Schaffer que se clôt la première partie de l'ouvrage : "Bilan des expériences de dépistage de masse" où le médecin généraliste ne se trouvait pas trop rejeté dans le bricolage des terres de la royale santé publique de par son dépistage non plus sauvage mais "spontané".



C'est le Pr Sancho-Garnier qui entame (p. 55) la seconde partie de l'ouvrage : "Problèmes soulevés par le dépistage de masse", en parlant des stratégies des programmes.

Pour elle : "le dépistage n'est justifié que s'il est appliqué à l'ensemble de la population qui peut en bénéficier" et le dépistage individuel "est contraire au principe d'équité" (ce qui laisse penser par extrapolation qu'il n'est pas licite de profiter en un lieu des bénéfices de la médecine s'il existe un autre lieu où l'on n'en bénéficie pas !).

Autre réflexion de l'auteur : "le dépistage individuel, outre qu'il est contraire au principe d'équité, risque d'être totalement inefficace en ne s'adressant

qu'à une faible proportion de la population, les sujets demandeurs, pour lesquels de nombreux travaux ont montré qu'il s'agit souvent de sujets chez qui la prévalence de la maladie est plus faible".

Ces points ne sont pas discutables, symétriquement d'ailleurs, les sujets qui refusent les dépistages sont probablement des sujets à forte prévalence. Mais ce qui peut être discuté est la notion de "sujet demandeur". Ce sujet est dans la droite ligne du "dépistage spontané" issu lui-même du "dépistage sauvage".

Tous ces attributs étant ceux du dépistage individuel (case finding anglo saxon) opposé au dépistage de masse (mass screening).

Il existe en effet pour les adeptes de ce dernier une incompréhension totale de cette action du médecin praticien. Il est possible en effet que le sujet ou l'usager, ou le client, ou le patient soit demandeur, et ce pour des raisons diverses : histoire familiale, cas de voisinage, mais aussi campagnes médiatiques.

Il est possible que le médecin trouve un avantage à la chose (certains lobbies l'ont bien montré) et qu'à la suite de la demande il y ait acquiescement pour diverses raisons des plus nobles aux plus sordides.

Mais n'oublions pas que le plus souvent c'est le médecin qui crée la demande, qui est à la promotion du dépistage et qui peut l'être de façon parfaitement honnête par ce qu'il sent responsable de ce client là, qu'il peut avoir très bien intégré dans son action la nécessité de qualité, de suivi et de soutien (qu'on se dépêchera de lui attribuer en cas de dépistage de masse, qu'il le désire ou non.).

Le dépistage "spontané" ne l'est pas autant que l'on voudrait le faire croire. Il peut s'appuyer sur les RMO, être fait dans de bonnes classes d'âge et même être évalué au sein d'une (ou d'un groupe de) clientèle ; ce qui compte c'est qu'il soit organisé.

Le Pr Sancho-Garnier s'attaque aussi fort justement aux mythes même du dépistage reconnaissant qu'il est par



fois "plus urgent et plus rentable d'accroître la précocité du diagnostic avant de se lancer à la recherche, par mammographie des stades 0, tumeurs non cliniquement perceptibles".

Il faut donc toujours palper les seins et il semble malheureusement que lorsque l'on prescrit un dépistage, surtout s'il est de masse (c'est-à-dire ressenti comme un peu parachuté sur le praticien), ce dernier oublie souvent l'examen clinique (palpation des seins ou pose de spéculum) comme s'il délèguait ses pouvoirs au devoir. Ceci mériterait un audit de pratique.

Le travail des Drs Brugere et Falcoff (p. 63) sur la détection précoce (le dépistage étant antérieur à l'apparition clinique de la lésion cancéreuse mais peut permettre la découverte clinique de lésions précancéreuses) est un travail fort intéressant car il suffit parfois de faire ouvrir la bouche et d'avoir acquis des connaissances somme toute assez simples tant sur le plan de l'identification des risques (aisée pour le médecin généraliste) que sur le plan du savoir-faire.

Le travail du Pr Launois (p. 71), sur l'étude médico-économique du dépistage du cancer de la prostate est au sens propre un modèle mathématique du rapport coût efficacité et au sens figuré un modèle de réussite.

Il ne sera ni résumé, ni discuté. Il faut le lire absolument.

Je ne citerai que sa dernière phrase : "On peut vraiment se demander s'il est utile de procéder à un dépistage de masse du cancer de la prostate".

Le Pr Esteve et ses cosignataires (p. 85) nous révèlent d'autres pièges des dépistages avec pour exemple le neuroblastome qui, bien que maladie rare, est une "cause de mortalité non négligeable chez les 0-15 ans".

"La phase préclinique détectable" est essentielle pour évaluer l'efficacité de par la prévalence des sujets qui s'y trouvent et de sa durée.

Mais surgit l'hétérogénéité de la maladie et l'apparition du surdiagnostic avec la détection de cas qui auraient pu régresser spontanément.

• • • • •

La troisième partie porte sur l'évaluation économique du dépistage de masse.

Cela fait penser qu'il serait souhaitable d'évaluer économiquement les bénéfices éventuels du dépistage individuel. Car de même que la santé représente autre chose qu'un coût en participant au PIB, il est possible et même probable, que le dépistage individuel (estimé à 10 % de l'incidence annuelle de cancers) apporte quelques avantages économiques, sans parler des avantages humains.

J.P. Moatti (p. 93) enrichit nos connaissances sur les "évaluations à visée normative, les évaluations de gestion et les approches prescriptives". En visée normative, il met en exergue que :

- "la valeur prédictive positive (VPP) d'un test de dépistage décroît rapidement au fur et à mesure que le dépistage est étendu à des groupes de population où la prévalence de l'affection ou du facteur de risque que l'on recherche est plus faible,
- la distinction entre coût moyen et coût marginal (coût de la dernière unité produite), ainsi plus le dépistage est étendu, plus il faudra multiplier le nombre de tests (coût marginal) pour dépister un cas supplémentaire (bénéfice marginal)".

Il nous donne deux exemples :

- une campagne Hemocult généralisée à une population donnait un "coût moyen de cancer diagnostiqué d'environ 1 200 dollars". Cette même campagne répétée six fois (pour réduire à zéro les faux négatifs) entraînait "un coût marginal à 47 millions de dollars par cancer dépisté au 6<sup>ème</sup> examen" !
- le passage d'un "dépistage du cancer du col d'un rythme triennal à un rythme annuel multiplie par un peu plus de deux le coût moyen par décès

évités, mais par six le coût marginal (pour éviter un décès supplémentaire par des examens supplémentaires)". Il existe aussi pour l'auteur des approches psychosociologiques par "la théorie économique dite théorie de l'utilité espérée et ses diverses dérives qui peut repérer des motivations comme "rechercher un bien être en bronzant" tout en sachant que cela "augmente de façon infinitésimale son risque de mélanome".

Enfin, l'auteur met en garde contre le dépistage génétique de masse et "son formidable potentiel de dérapage discriminatoire, d'autant plus insidieux qu'il avancera sous le drapeau du progrès scientifique et thérapeutique".

F. Fagnani (p. 103) reconnaît que la démarche du dépistage (de masse) "action tutélaire de l'état" est anti-déontologique par :

- l'absence relative de libre choix du sujet concerné (mais à vrai dire il n'y a pas d'obligation réelle de se prêter à un dépistage quel qu'il soit),
- l'absence relative de liberté du médecin,
- le non respect de l'obligation de moyens (nombre des incidences de mammographie par exemple).

L'auteur s'intéresse à la "substitution dépistage spontané/dépistage organisé" et sur "l'organisation décentralisée du dépistage" avec soit "créations de centres de dépistage ad hoc" soit système non spécialisé avec des "professionnels libéraux effectuant un dépistage à titre non exclusif".

"La nature des objectifs poursuivis se révèle plus large que ceux associés à des résultats épidémiologiques".

"Il apparaît ainsi que le dépistage du cancer en France participe indirectement et de façon souvent implicite à une tentative de transformation du statut de la médecine de ville destiné à concilier organisation libérale, démarche de santé publique et recherche d'efficacité par l'amélioration de la qualité des soins".

• • • • •

La quatrième partie s'intéresse aux aspects psychologiques et sociologiques.

Elle débute par la contribution de la

Sociologue Janine Pierret et l'analyse d'une politique de dépistage (p. 111). Elle commence par analyser les différentes représentations de la maladie en fonction des catégories sociales et sur la nécessité d'un "travail de conversion des valeurs et des visions du monde" et de la demande faite "à l'individu de se projeter dans un avenir différent de son présent" non pas pour en tirer un bénéfice personnel mais pour la "prospérité du groupe" dans lequel il se situe.

Le rôle du médecin généraliste paraît être ici un rôle de facilitateur, car il paraît évident au praticien que le rôle de bénéficiaire à titre personnel est le seul moteur de promotion de l'action pour l'individu. Que ce soit pour la prévention, il est vacciné à titre personnel, ou pour le dépistage, il s'agit de son dépistage.

Il est illusoire de croire que l'on va motiver monsieur tout le monde en lui disant que l'on va atteindre grâce à lui l'éradication d'une maladie et encore moins à un pourcentage significatif. Ces bénéfices ne sont que très secondaires par rapport à son bénéfice individuel qui sera le seul moteur qu'il acceptera et qui rentre d'ailleurs normalement dans un consentement éclairé.

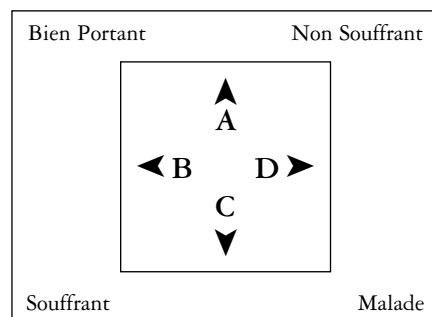
Mme Pierret reconnaît la nécessité d'effectuer "l'analyse des articulations entre le dépistage individuel effectué dans le cadre du colloque singulier et le développement d'une médecine organisée par programmes est à développer. En particulier, la mobilisation des médecins de cabinet pour les insérer et les faire participer à des programmes de dépistage implique de connaître leurs modes d'organisation et les logiques auxquelles répondent leurs pratiques professionnelles". Plus largement, cela conduit à s'interroger sur l'organisation des systèmes de soins et sur les articulations entre les différents secteurs d'activité pour promouvoir une politique de santé publique. Mme J. Pierret, sociologue, paraît donc partager notre point de vue sur la nécessité d'étudier ce qui existe avant que de plaquer des interventions.

C. Julian-Reynier (p. 115) s'interroge sur l'impact psychosocial des dépistages des cancers.

Il analyse les sous groupes obtenus : vrais (positifs et négatifs) faux (positifs et négatifs) avec les notions de prolongation-d'état de vie avec un cancer, de surdiagnostic, de fausse réassurance et de possibilité de fausse légitimation de conduites à risques, de fausse maladie avec son coût d'anxiété et de doutes ultérieurs, et bien sûr le coût de risques immotivés et de tout à fait fausse réassurance avec une énorme responsabilité sociale.

Tout ceci mérite des enquêtes que l'auteur développe en son article.

P. Pinel (p. 123) s'intéresse aux campagnes de diagnostic précoce et à l'apprentissage d'une perception du corps. Nous rappellerons nos travaux à ce sujet et en particulier le carré sémiotique prouvant que le corollaire du dépistage était la cancérophobie <sup>(1)</sup>.



- A : Bien Portant et Non Souffrant : Sujet Sain.
- B : Souffrant mais Bien Portant : Cancérophobe.
- C : Malade et Souffrant : Sujet Cancéreux.
- D : Non Souffrant mais Malade : Dépistage.

• • • • •

La cinquième partie porte sur les nouvelles perspectives de dépistage et les marques biologiques et génétiques. Il s'agit d'une prospective qui sera probablement vite un des plus gros problèmes éthiques que les médecins auront à résoudre (parmi d'autres, espérons le).

J.F. Dore (p. 129) parle du mélanome et de "la nécessité de disposer de tests permettant d'apprécier le risque indi-

viduel d'évolution d'une lésion potentiellement maligne" et il souligne que ce risque est toujours "probabiliste". Ensuite, il traite des "diagnostics de sensibilité génétique" et conclut son article ainsi : "en l'état actuel, toute intervention préventive en direction des sujets à haut risque familial n'a de sens, y compris éthique, que dans le cadre de protocoles expérimentaux éventuellement randomisés dont on peut espérer qu'ils permettront d'établir le bilan "risque/bénéfice" de telles actions. Et le débat qui s'instaurera sera celui de l'interrogation sur le bien fondé de tels essais d'intervention aux fins d'évaluation et de recherche".

Il apparaît que le médecin généraliste, médecin de famille, a son rôle à jouer en ces protocoles et en ces évaluations et recherches. Il semble en effet être l'intervenant médical le plus apte à constater les interactions déclenchées dans le système familial par le dépistage génétique car, comme le dit J.F. Dore : "La cellule familiale va se trouver confrontée à une situation nouvelle, opposant éventuellement le droit de l'individu au droit de la famille. Il est à craindre qu'une étude génétique dans la famille ne déclenche ou ne ravive des querelles familiales".

D. Bellet (p. 137) s'intéresse aux marqueurs biologiques dans les dépistages et en particulier à trois d'entre eux : calcitonine (CT), alphafoetoprotéine (AFP) et antigène spécifique de la prostate (PSA).

Le dosage de la CT serait supérieur à la cytologie pour le dépistage des cancers médullaires de la thyroïde (4 à 10 % des cancers de la thyroïde) c'est-à-dire de tumeurs rares.

(1) Du faisable vers l'utile ou comment améliorer le dépistage individuel des cancers par les médecins généralistes ?

A. FLACHS, QS Oncologie n°101.



Les carcinomes hépatocellulaires (CHC) sont des cancers fréquents dans le monde (7ème rang pour l'homme, 9ème pour la femme) avec possibilité de développement à cause des porteurs chroniques du VHC. Le dosage de l'AFP pourrait servir dans le dépistage des patients porteurs chroniques ou ayant une cirrhose post hépatique curable par chirurgie. Mais cela est décevant en Europe car l'incidence de CHC est de 1 à 5 % pour les cirrhotiques français ; le taux de résecabilité est de 20 % et la survie n'y paraît pas plus élevée.

Superposition des hypertrophies bénignes et des cancers prostatiques pour les PSA. Les calculs spécificité et sensibilité donnent pour un seuil de 10 ng/ml, sensibilité à 36-57 et spécificité à 88-96. A ce seuil, 14 % environ n'ont qu'une hypertrophie c'est-à-dire sont les faux positifs (ce qu'il faut éviter au maximum pour une spécificité éviter de l'ordre de 100 %). "Sur 273 patients avec un cancer de la prostate, seuls 8,5 % en sont morts au cours de sept années de surveillance". On pourrait utiliser la densité de PSA par rapport au volume prostatique étudié par échographie et le taux de variation d'un prélèvement annuel à l'autre. On parle aussi du PSA libre ou lié à l'alphachymotrypsine. Le coût efficacité de ces méthodes devrait être évalué de façon précise.

H. Magdelenat (p. 147) traite des marqueurs cytologiques. Entité cellulaire anormale associée lorsqu'elle existe dans un prélèvement à une lésion maligne chez l'individu testé.

Par exemple pour les frottis cervico-vaginal, les cellules vésicales, les frottis sénologiques, les cytoponctions et les microbiopsies l'application de la PCR permet de multiplier par 106 un signal moléculaire unique.

A vrai dire, tout ceci mérite évaluation et paraît peut-être plus, pour certaines cellules s'intéresser plus à l'évaluation

pronostique ou à la recherche de micro-métastases qu'à l'utilité pour le dépistage.

G. Thomas traite des tests génétiques et du cancer colorectal (CCR). 15 % des incidences, le risque de développement en Occident serait de 5 % avec un facteur génétique, 1 % de la population serait porteuse d'une prédisposition majeure soit un risque tumoral de 80 %, et 50 % des CCR des moins de 50 ans surviendraient chez des sujets prédisposés génétiquement. En cas de polypose diffuse :

- 1/10 000 naissances 1 % des CCR, plus de 100 polypes à capacité dégénérative à la coloscopie.

- syndrome HNPCC (Héréditaire non polyposis colorectal carcinoma) à site spécifique (colique uniquement et non spécifique (voies biliaires, estomac, voies urinaires). Possibilité d'études génétiques pouvant, par identification dans les familles à risque des porteurs et non porteurs, de supprimer une médicalisation inutile.

Là aussi les médecins de famille, par les liens privilégiés, par l'anamnèse, peuvent jouer leur rôle de sélection de ces familles à risques grâce aux sujets qu'ils ont en charge.

Enfin, Claude Béraud (p. 159) dissèque les stratégies de dépistage des cancers. Il expose la différence entre stratégie (objectifs, organisation générale, direction) et tactique (ordonnance, utilisation), la première étant politique : décideurs, la seconde technique : experts.

Les acteurs sont répartis en 4 groupes :

- "chercheurs, industriels, universitaires avec fonction scientifique et rôle d'expert",
- "cliniciens et spécialistes de santé publique avec fonction professionnelle",
- "responsables administratifs, gestionnaires",
- "élus et conseillers décideurs des stratégies".

La réalité des interactions paraît "chaotique, de par l'intervention des nouveaux acteurs média et citoyens".

Il existera sans doute un "contrôle social des dépistages".

Il existe des :

- "connaissances épidémiologiques",
- "connaissances sur l'efficacité potentielle" (actions parfois avant que celle-ci soit reconnue, par ex : Hemocult),
- "connaissances sur l'efficacité réelle" souvent avec un écart important de l'efficacité potentielle,
- "connaissances sur les coûts (économiques, psychosociaux) et sur les risques médicaux, de la perforation par coloscopie à l'angoisse des faux positifs (16 % dans un département)",
- "connaissances médicales en sciences économiques, humaines et sociales et choix".

Mais une absence de "culture de santé publique" des professionnels de santé n'ayant que le colloque singulier.

Il décrit le risque d'une "médecine hypersophistiquée offerte à tous les protégés sociaux mais oublieuse des populations marginalisées et défavorisées, plus ou moins exclues des soins et négligées par un dépistage spontané".

Si C. Béraud apporte une volée de bois vert aux médecins "formés à la relation duelle" et "ignorant la médecine des populations", la même punition est accordée à la CNAMTS "cette institution qui gère 90 % des ressources attribuées à l'assurance maladie, manifeste un intérêt réduit pour les problèmes de santé publique et les inégalités de santé".

Il reconnaît les limites de la médecine, la nécessité du développement des sciences humaines, la multiplicité nécessaire des politiques sectorielles, économie, éducation, transport, justice, logement, etc. Pour lui deux conditions sont nécessaires pour de meilleurs choix stratégiques d'action de prévention :

- "en premier lieu, le développement chez les professionnels de la santé d'une culture de santé publique qui nécessite un renouveau de leur formation initiale et continue",

- "en second lieu une valorisation des connaissances acquises dans le domaine de la santé qui ne soit pas limitée à la vulgarisation des connaissances, biologiques et médicales mais qui intègre aussi les données des sciences économiques et sociales".

Sur le "Rôle de l'expertise" C. Béraud reconnaît que le choix de l'expert n'est pas neutre.

- "on sait fort bien quels sont les experts qui devraient être choisis pour qu'une action de prévention, par exemple le dépistage des cancers du côlon et du rectum, soit ou non recommandée",

- "l'expert est conduit, compte tenu des incertitudes scientifiques, à dire ce qu'il pense qui n'est pas seulement ce qu'il sait mais aussi ce qu'il croit".

- l'expert agit donc comme n'importe quel praticien suivant sa norme intime.

- un groupe d'experts "peut exprimer un avis proche de celui imposé par le leader du groupe".

- "Peut-on fonder en santé publique une stratégie sur une intime conviction" ?

- "sur le plan scientifique, le choix se fait très souvent dans l'incertitude",

- "il convient cependant de noter, au

sujet de certains facteurs de risque ayant une importance majeure et reconnue, tels le tabagisme et l'alcoolisme, que ce ne sont pas les connaissances qui manquent, mais le courage politique".

## Conclusion

Je pense que l'on pourrait, en faisant remarquer que les médecins ne sont pas seuls dans le coup et qu'ils sont même plus honnêtes avec eux-mêmes et leurs clients que la plupart des impliqués des actions de santé publique, faire sien le souhait de C. Béraud.

"Un changement culturel est indispensable, il impliquerait que les médecins soient au service non seulement des malades qui les sollicitent mais aussi des bien portants qu'ils ignorent (ce qui n'est pas vrai en médecine de famille) et qu'ils se sentent concernés autant par l'entretien, la sauvegarde et le développement de la santé de la population (comme les enseignants, les architectes, les juristes, les policiers, etc.) que par le traitement des maladies".





## **Société Française de Médecine Générale**

*Société Savante*

27, boulevard Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.sfmfg.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

---

Représentant la France à la WONCA

*World Organisation of National Colleges,  
Academies and Academic associations of Général Practiners*