

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

21

**DOSSIER**

*Le médicament, une marchandise  
pas comme les autres*

# S O M M A I R E

Éditorial 3

## **Dossier** **Le médicament, une marchandise pas comme les autres 5**

### **LE MÉDICAMENT MARCHANDISE**

**La « médication » de la société : un exemple de pharmacologie sociale 6**

**Le médicament en chiffres 10**

**Une information manipulée 11**

**Pouvons-nous réduire notre consommation d'antibiotiques ? 13**

**Les statines en prévention primaire ? 18**

*Jean-Louis Montastruc*

*Martine Devries, Elisabeth Lapeyrade*

*Eric Giacometti*

*Antoine Andreumont*

*Jacques Valentin*

### **LE MÉDICAMENT ENTRE SCIENCE ET MAGIE**

**Visages 22**

**Bronchodermine... ou un peu de douceur dans un monde de brutes 23**

**Et vous, vous y croyez ? 24**

**Conte de fée 25**

**Le médicament : chimie, magie, produit... 26**

**Les vertus du TDR 28**

**Un homme de comptoir 30**

**Le plaisir de prescrire 32**

**Nous avons lu pour vous 33**

**Du médicament comme don et symbole 34**

**Le généraliste et les « médicaments pour les nerfs » 37**

**L'aliénation médicamenteuse 41**

*Martine Devries, Evelyne Malaterre*

*Sylvie Cognard*

*Eric Galam*

*Martine Devries*

*Bertrand Riff*

*Anne-Marie Paboïs*

*Martine Devries*

*Elisabeth Maurel-Arrighi*

*Anne-Marie Paboïs*

*Dominique Bourgeon, Alain Caillé*

*Claudie Haxaire*

*Christiane Voltaire*

### **LE MÉDICAMENT, UN BIEN COLLECTIF À DÉFENDRE**

**La pharmacochimie à la conquête du monde 46**

**Doha : le sabotage 49**

**Les malades en mouvements 50**

**Un costume trop étroit 52**

**Des ordonnances sous contrôle 53**

**Calendrier vaccinal 54**

**Visite médicale : non, merci ! 57**

**Collectif Europe et Médicament 59**

*Geneviève Barbier*

*Martine Devries*

*Janine Barbot, Elisabeth Lapeyrade*

*Anne-Marie Paboïs*

*Jean-Pierre Dio*

*Jean-Pierre Lellouche*

*Jacques Juillard*

*Jacques Juillard*

## **Rubriques**

**Images du corps : Clonage, l'ère du double, l'ère du trouble 62**

**Actualité politico-médicale : Non à l'exclusion des soins 66**

**Contre la logique commerciale des tarifs médicaux 67**

**Les embarras du débarras 68**

**Non à l'exclusion des soins 71**

**Pour l'amélioration de la médecine générale 72**

**Le nouveau plan national contre le cancer 75**

**OGM, alimentation et santé 76**

**L'ami Tom est parti 79**

**Les illusions du Téléthron ! 80**

**Témoignage : Non-dits douloureux 83**

**Coup de gueule : Santé : les pauvres, circulez 84**

**Santé au travail : Bienvenue à Gattaca ? 85**

**Tribune libre : Pour une société sans prostitution 88**

**Clinique : C'est une petite dame 90**

**Courrier des lecteurs : Santé des femmes 90**

**Rencontres : Au-delà de sa vérité 91**

*Monique Sicard*

*Marie Kayser*

*Patrice Muller*

*Noëlle Lasne*

*Syndicat de la Médecine Générale*

*Patrice Muller*

*Geneviève Barbier*

*Dominique Prime*

*Patrice Muller*

*Syndicat SNTRS*

*Jean-Pierre Lellouche*

*Denis Labayle*

*Alain Carré*

*Susy Rojzman*

*Marie-Jeanne Martin*

*Bertrand Riff*

*Nazir Hamad*

# E D I T O

**Attaque contre la Couverture Maladie Universelle (CMU), réforme des retraites, réforme programmée de l'Assurance maladie. Une même logique de profit libérale. Une même logique de résistance citoyenne à élaborer.**

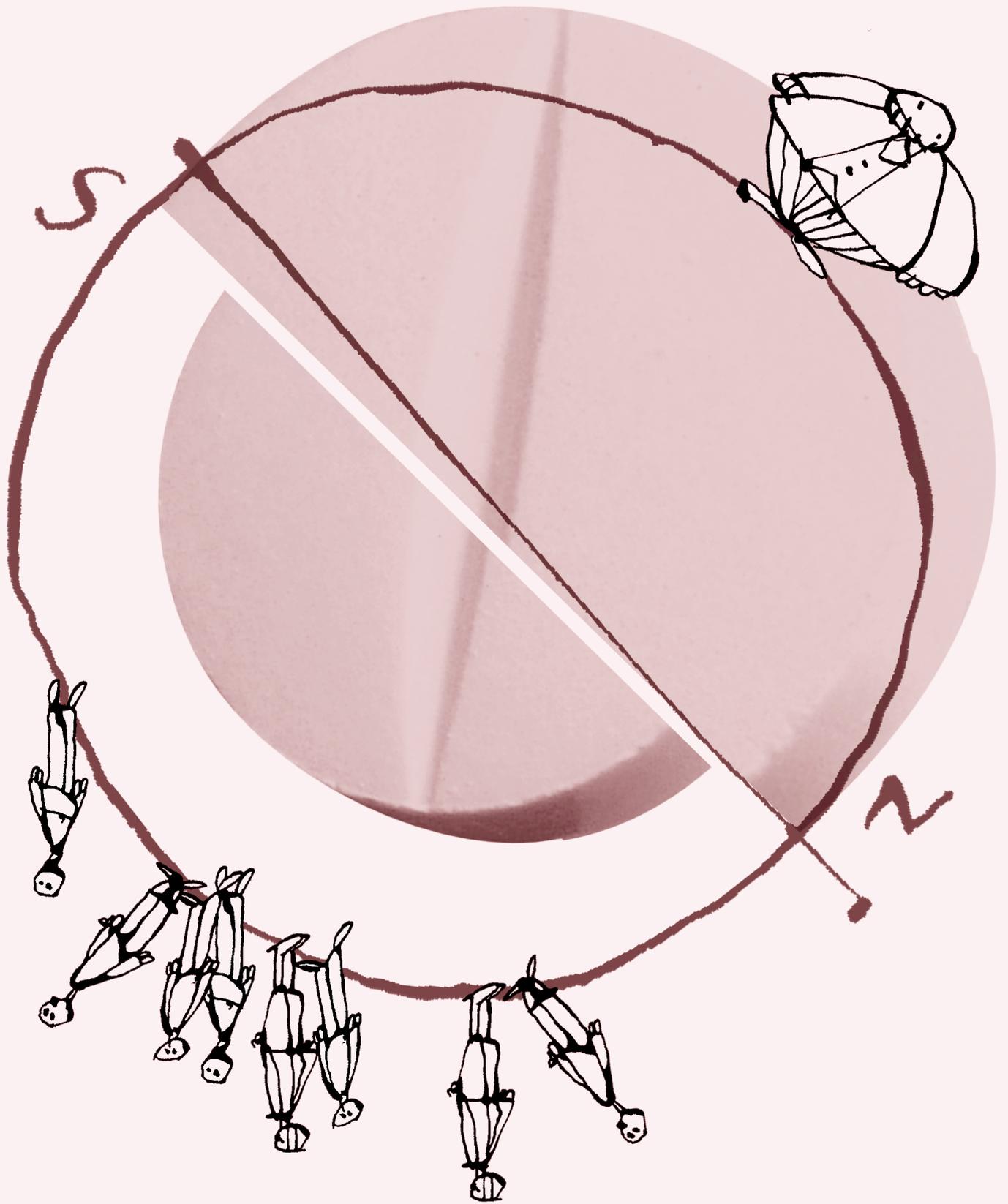
**Depuis trois mois, un important mouvement de protestation contre les lois limitant le champ de la CMU et remettant en cause la gratuité pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État se développe. Ce combat dépasse largement la solidarité humanitaire vis-à-vis des plus défavorisés. Il s'agit, ni plus ni moins, d'empêcher une étape supplémentaire dans le démantèlement programmé du service public dans le domaine de la santé.**

**De même, l'actuel débat (ou non débat) sur les retraites préfigure ce que nous réserve la réforme de la Sécurité sociale annoncée par le ministre de la Santé pour septembre 2003. Pour les retraites, comme pour la protection maladie, il s'agit de dissocier ce qui relève de la solidarité de ce qui relève de l'assurance volontaire. Permettre aux assurances complémentaires de remplacer la Sécurité sociale pour certains assurés, c'est substituer une logique de concurrence à la logique de solidarité, socle de l'Assurance maladie. Le slogan libéral : « A l'Etat la solidarité (non rentable), aux assureurs l'assurance (source de profits) » chassé par la grande porte en 1995, nous revient par la porte de service.**

**Parler de revenu minimum vieillesse, garanti par l'Etat au nom de la solidarité, parler de nécessaire complément de retraite par capitation (assurances privées) tend de la même logique que parler de couverture sociale de base garantie à tous, avec un développement des assurances complémentaires facultatives.**

**Participer à la lutte pour défendre les retraites par répartition, empêcher le gouvernement de créer un précédent en sabordant la CMU et l'AME est un travail indispensable aujourd'hui pour préparer la défense de l'Assurance maladie en septembre prochain. Aujourd'hui, la mobilisation a obligé le gouvernement à reculer en différant les décrets d'applications. Nous devons continuer. Il sera plus difficile d'empêcher la privatisation de la Sécurité sociale si les citoyens ne font pas un barrage aux projets de lois scandaleux en cours d'adoption. A contrario, le pouvoir ne pourra pas brader l'Assurance maladie s'il est obligé de reculer sur la CMU, sur les retraites.**

**Jean-Louis Gross**



# D O S S I E R

**C'**est dans un mouvement de résistance à la manipulation et aux manœuvres des firmes pharmaceutiques que s'inscrit ce numéro. La peur de la maladie, du vieillissement, de la souffrance et de la mort est utilisée sans scrupule pour mieux vendre ce produit qu'est devenu le médicament. Marchandise, objet de recherche, d'évaluation, de commercialisation et de gigantesques profits pour les actionnaires, c'est aussi un formidable outil de soin dont l'efficacité actuelle fascine médecins et patients. A la fois chimie opérante, image et prolongement de l'acte et de la personne soignante, il est tout à la fois don, lien et aliénation.

Ce qu'attendent du médicament les différents utilisateurs que sont les firmes et leurs actionnaires, les pouvoirs publics, les malades et les soignants est tellement différent, voire contradictoire ! L'impossibilité où sont actuellement les pays du Sud à se fournir en médicaments indispensables, à un prix accessible, montre à quel point les instances internationales sont soumises à l'intérêt des firmes, et à quel point l'injustice devant la maladie et la mort reste d'une banalité effrayante. En France et en Europe, la difficulté pour les pouvoirs publics à établir un contrôle effectif sur la commercialisation des médicaments, témoigne de la mollesse des politiques de santé publique. Les usagers et les professionnels du soin , en bref les citoyens, doivent se mobiliser pour peser dans ce domaine.

Martine Devries

Résumé : L'usage des médicaments, l'innovation pharmacologique n'ont pas que des critères rationnels ou cliniques : l'importance sociale de la maladie, la solvabilité des malades, leur crédulité sont privilégiées par l'industrie pharmaceutique pour étendre son influence et ses bénéfices. La société actuelle accepte la médication de la vie.

# La « médication » de la société : un exemple de pharmacologie sociale

Jean-Louis Montastruc  
en collaboration avec  
Bienvenu M'Bongue

Jean-Louis Montastruc,  
professeur au service  
de pharmacologie clinique  
à la faculté de Toulouse

Bienvenu M'Bongue,  
doctorant en  
pharmacopidemiologie

Service  
de pharmacologie clinique  
faculté de médecine  
37, allée Jules-Guesde BP 7202  
31073 Toulouse Cedex 7  
Fax : 05 61 25 51 16  
Mel : montastruc@cict.fr  
<http://pharmacovigilance-toulouse.com.fr>

« A desire to take medicines is, perhaps, the great feature which distinguishes man from other animals » Sir William Osler, 1891.

De très nombreux facteurs, rationnels et irrationnels, interviennent dans le déterminisme de la prescription médicale : âge, origine ethnique et genre (sexe) du médecin, éducation médicale reçue à la Faculté, nationalité, niveau socioculturel ou éducation religieuse du médecin ou du patient... <sup>(1)</sup>. L'étude de ces facteurs sociaux influençant l'utilisation des médicaments est un des objets d'une nouvelle branche de la pharmacologie clinique : la pharmacologie sociale <sup>(1)</sup>.

## La pharmacologie sociale

La pharmacologie sociale (ou encore « sociétale ») étudie, d'une part, les conséquences sociales de l'exposition des populations aux médicaments et, d'autre part, les facteurs sociaux dirigeant l'usage des substances pharmacologiques indépendam-

ment des raisons purement cliniques ou rationnelles. A côté des facteurs influençant l'utilisation des médicaments, la pharmacologie sociale envisage les motifs de prescription, de dispensation, de consommation ou d'automédication des médicaments (autres que les facteurs cliniques ou rationnels). Elle discute également des facteurs (autres que cliniques ou rationnels) impliqués dans les autorisations réglementaires ainsi que les implications sociales de l'exposition aux médicaments. La pharmacologie sociale apparaît donc comme la science de l'interaction entre médicaments et environnement <sup>(1)</sup>.

De nombreux acteurs participent à la pharmacologie sociale <sup>(1)</sup> : médecins prescripteurs, professionnels de santé, patients, comités de protection des personnes (CCPPRB), Agences Sanitaires de régulation (Agences du Médicament), enseignants, médias, chercheurs, personnel de justice... Un des acteurs important est représenté par l'industrie pharmaceutique.

### Pharmacologie sociale et industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique apparaît comme l'une des composantes clés de la pharmacologie sociale puisqu'elle découvre, développe et assure lancement et promotion de ses produits. Elle assure donc la responsabilité du choix de l'innovation pharmacologique qui doit, en termes de pharmacologie sociale, se faire en fonction de l'importance médicale mais aussi sociale de telle ou telle maladie <sup>(2)</sup>.

Il n'existe cependant pas toujours de relation directe entre les investissements en matière de recherche et la prévalence ou l'importance médicale et sociale d'une maladie <sup>(3)</sup>. Deux exemples illustreront cette assertion. Le premier concerne le fait que 80 % des médicaments (en valeur) sont consommés par seulement 20 % de la population mondiale : à l'heure de la mondialisation, cette classique opposition Nord-Sud rend compte du peu d'accès des pays pauvres aux médicaments pourtant essentiels <sup>(4)</sup>. Le deuxième exemple a trait au déséquilibre flagrant entre le nombre de médicaments disponibles dans une classe thérapeutique et l'importance réelle (populationnelle) de la maladie. Ainsi, on retrouve 157 antihypertenseurs présents dans les dictionnaires français de spécialités en l'an 2000 et seulement 37 médicaments antiparasitaires ! Quelle est l'importance médicale et sociale relative, dans le monde, aujourd'hui, de l'hypertension artérielle et des infections parasitaires ? Faut-il rappeler que le paludisme provoque plus d'un million de décès par an ?

### L'éducation des consommateurs par les laboratoires pharmaceutiques

« L'éducation » directe des consommateurs par les laboratoires pharmaceutiques est également un autre exemple de pharmacologie sociale (1,5). Cette « éducation » se déroule par l'intermédiaire de campagnes d'affichage généralistes ou téléphoniques, sur Internet et surtout dans les médias généralistes (grand-public). On a égale-

ment signalé la promotion déguisée de médicaments par des stars à la télévision américaine au cours de talk-show ou de séries internationales comme « Urgences » <sup>(6)</sup>. Dans tous les cas, il s'agit de persuader le consommateur (qui n'est plus seulement un patient) de recourir à un médicament présenté comme « nouveau ». Le consom-



mateur est ainsi éduqué et préparé à demander directement le médicament à son médecin. Ainsi, comme le signale Collier <sup>(5)</sup>, l'industrie influence directement la pratique médicale.

Désormais, les laboratoires pharmaceutiques dépensent plus dans les opérations marketing que dans la recherche et le développement de nouvelles molécules : par exemple, dans un article récent, Henry et Lexchin <sup>(3)</sup> citent des chiffres variant, selon les laboratoires, entre 16 et 39 % du budget total pour la publicité, contre seulement 9 à 18 % du budget total pour la recherche et le développement.

Cette notion de publicité directe vis-à-vis du consommateur a été récemment combattue par un collectif international : la directive proposée du règlement européen sur le médicament a été rejetée, en première lecture, le 23 octobre 2002 par la Communauté européenne. Le premier



« considérant » stipule que : « le médicament n'est pas une marchandise comme les autres ».

Cependant, il reste toujours possible de parler d'une maladie dans les médias de toutes sortes à condition de ne pas mentionner son traitement médicamenteux... On connaît les campagnes publicitaires ainsi proposées par une firme pharmaceutique se trouvant en situation de monopole.

#### La « médication » de la société

Le terme de « médicalisation » s'utilise pour désigner des interventions médicales concernant des situations qui, habituellement, n'étaient pas l'objet ou l'occasion d'un traitement médical. Nous

vitamines pour être en forme, conforme ou tenir au travail...).

Cette notion de « médication » du mode de vie a été bien développée par Zarifian qui écrit : « Les caractéristiques banales du comportement humain, phobie, timidité, manie de rangement, goût pour le jeu de hasard... ont été irrésistiblement entraînées dans le champ de la pathologie avec comme sanction une prescription médicamenteuse. Le deuil lui-même devient aujourd'hui prétexte à prescription d'antidépresseurs, escamotant le travail psychologique nécessaire pour qu'un deuil puisse s'achever et rendant ensuite celui-ci interminable »<sup>(7)</sup>.

On peut citer de nombreux exemples de cette « médication » de la société. Il s'agit toujours du développement et de la présentation de « pilules » présentées comme des « remèdes miracles » dans des situations présentées comme désormais pathologiques : obésité et surcharge pondérale (sibutramine), obéissance de l'enfant (voir traitement de son échec scolaire) (métylphénidate), troubles de l'éveil (modafinil) ou de la synchronisation du sommeil (mélatonine) sans oublier, bien sûr, les médicaments de la libido (sildénafil, apomorphine), du sevrage tabagique (nicotine, bupropion®), médicaments du vieillissement (DHEA), des rides ou de certains aspects disgracieux (toxine botulique). Certains ajoutent même dans cette liste l'hormonothérapie de la ménopause.

Ces quelques exemples illustrent aussi l'extension du champ des pathologies à l'occasion de la conception de nouveaux médicaments. On assiste, par exemple, à un relâchement des critères de définition de la maladie (diminution des valeurs seuil, apparition de nouveaux critères diagnostiques...). On pourrait résumer ce paradigme en proposant « une pilule pour chaque problème ». C'est ce qu'ont parfaitement discuté, en 2002, deux éditoriaux publiés l'un dans le *British Medical Journal*<sup>(8)</sup> et l'autre dans la revue suisse *Médecine et Hygiène*<sup>(9)</sup>. Rappelons le titre de l'excellent article de la revue francophone :



utilisons le terme de « médication » pour caractériser la prise médicamenteuse dans ces conditions de « médicalisation ». Cette « médication » n'est que l'expression ultime de l'utilisation non médicale des médicaments (dopage sportif proprement dit, mais aussi dopage au quotidien, en dehors du milieu sportif, comme l'utilisation de psychostimulants ou de



« Comment allez-vous ? » « Pas très bien, Docteur, j'ai plusieurs non-maladies... ». Une « non-maladie » se définit comme tout écart par rapport à l'état normal ou désirable. Le *British Medical Journal* définit 20 non-maladies : vieillissement, ennui, poches sous les yeux, ignorance, calvitie, rides, grandes oreilles, cheveux gris ou blancs, laideur, naissance, allergie au XXI<sup>e</sup> siècle, jet lag, malheur, cellulite, gueule de bois, anxiété sur la taille du pénis, grossesse, violence sur la route, solitude... On pourrait aussi rajouter en fonction de l'actualité, l'impuissance féminine. Il reste assurément beaucoup de « non-médicaments » à découvrir pour ces non-maladies !

On doit remarquer l'absence délibérée de demande de remboursement de ces médicaments de la part des firmes pharmaceutiques : cette volonté conduit clairement à une « socialisation » (dans le sens d'intégration dans la cité et la vie sociale) toujours plus marquée du médicament.

Cette stratégie de l'industrie du médicament possède assurément plusieurs explications. A côté d'une évidente volonté de maintenir ses marges bénéficiaires, on peut rapprocher cette politique de l'industrie pharmaceutique du faible nombre de nouveaux médicaments mis sur le marché ces dernières années : le chiffre annuel est passé de plus de 60 dans les années 80 à 52 en 1991 et seulement 31 en 2001 <sup>(10)</sup>.

On pourrait citer encore d'autres exemples de l'importance croissante du médicament dans la société. L'un peut correspondre au recours systématique, obligatoire et automatique aux psychotropes dans les situations difficiles, comme le chômage par exemple : le médicament est alors considéré comme soutien social aidant à la stratégie du « faire-face ». Nous avons pu montrer que la consommation de médicaments augmentait avec les forts niveaux d'agression sociale et que la pharmacodépendance constitue une réponse à ces agressions. A l'inverse, le développement des soutiens sociaux atténue la consommation des benzodiazépines <sup>(1)</sup>.

## Conclusion

Ces quelques lignes soulignent le récent changement de statut du médicament : d'un objet strictement médical (le médicament qui soulage, le « remède »), il est devenu également un produit de consommation particulier, un bien industriel et finalement un nouveau fait de société. Depuis le début de sa présence sur la terre, l'homme cherche désespérément des « remèdes » pour soulager ses maux ou ressentir sa vie comme plus heureuse. Cette aspiration (finalement, peut-être, légitime pour l'être humain qui a conscience de sa mort prochaine ; voir l'exergue de W. Osler en début d'article) à la « médication », désormais encouragée et développée par l'industrie pharmaceutique, doit être connue et reconvenue par le médecin qui se doit d'avertir, d'informer et de prévenir ses patients. Aux risques sanitaires de ce nouveau comportement (effets indésirables de ces non-médicaments souvent mal évalués en population réelle), on pourrait rajouter les conséquences sociales, économiques et anthropologiques, encore inconnues pour la plupart.

**1.** Montastruc J.L., *La Pharmacologie Sociale : une nouvelle branche de la pharmacologie clinique*, *Thérapie*, 2002, 57, 420-426.

**2.** Graham Dukes MN, *Accountability of the pharmaceutical industry*, *Lancet* 2002, 360, 1682-4

**3.** Henry D., Lexchin J., *The Pharmaceutical Industry as a medicine provider*, *Lancet* 2002, 360, 1590-5

**4.** Stolley P.D., Laporte J.R., « The public health, the university and pharmacoepidemiology » in : *Pharmacoepidemiology*, 3<sup>rd</sup> edition, BL Strom editor, 2000, John Wiley, 75-89.

**5.** Collier J., Iheanacho I., *The Pharmaceutical Industry as an informant*, *Lancet* 2002, 360, 1405-9

**6.** Beuzard M., « La promotion déguisée de médicaments par des stars », *Le Figaro* 29 août 2002

**7.** Zarifian E., *La prescription des médicaments psychotropes : usage, mésusage et abus*, *Bull. Acad. Natle Med.*, 1998, 182, 1439-47.

**8.** Smith R., « In search of "non-disease" », *Br Med J* 2002, 324, 883-5

**9.** Junod AF., « Comment allez-vous ? » « Pas très bien, Docteur, j'ai plusieurs non-maladies... ». *Med Hyg* 2002, 2390, 925

**10.** Taylor D., « Fewer new drugs from the pharmaceutical industry », *Br Med J* 2003, 326, 408-9

# Le médicament en chiffres

**En France**, premier pays producteur de médicaments de l'Union européenne, en 2001, le médicament, c'est :

- 4340 spécialités ;
- 20,8 % du montant de la consommation totale de biens et de soins médicaux ;
- 15,9 % des remboursements de l'Assurance maladie, régime général ;
- 1,13 euros par personne et par jour (0,09 en 1970, 0,71 en 1990) <sup>(1)</sup>.

**C'est aussi :**

- 300 entreprises fabriquant au moins une spécialité pharmaceutique contre 349 en 1990, et 422 en 1970 ;
- 95 000 personnes employées <sup>(1)</sup>.

C'est un chiffre d'affaires en 2001 de 31,5 milliards d'euros dont 12 861 à l'exportation <sup>(1)</sup>.

## Dans le monde :

L'Amérique du Nord, le Japon et l'Europe représentent 74 % du marché, mais seulement 15 % de la population <sup>(2)</sup>.

L'augmentation des ventes sur 12 mois, de mai 2001 à avril 2002, est de 11 % sur 13 marchés nationaux clefs <sup>(3)</sup>.

Voici une synthèse des résultats obtenus suite à l'analyse factuelle <sup>(4)</sup> des états financiers des neuf multinationales étrangères œuvrant dans l'industrie pharmaceutique brevetée : Merck Co., Bristol-

Myers Squibb Co., Pfizer Inc., Abbott Laboratories, Warner-Lambert Co., Eli Lilly Co., Schering-Plough Corp., SmithKline Beecham et GlaxoWellcome.

- Taux de rendement après impôts sur le capital investi réalisé de 1991 à 2000 : 40,9 %, pour l'année 2000 : 45,3 %.

- Montants versés aux actionnaires en dix ans : 146 milliards de dollars américains, soit 77 % du bénéfice net après impôts, 129 % du montant dédié à la recherche et au développement, 635 % des investissements nets en immobilisation !

- Frais de marketing et d'administration : 316 milliards de dollars versus 113 milliards pour les frais de recherche et de développement pour les dix dernières années.

- 69 % de marges de bénéfice brut et 19 % de bénéfice net sur ventes pour les dix dernières années.

Nous invitons le lecteur à bien prendre conscience de l'énormité des chiffres, de leur impact sur le prix des médicaments et sur le coût des programmes de soins de santé publics et privés.

*Chiffres compilés par Martine Devries  
et Elisabeth Lapeyrade*

1. Estimation SNIP : [www.snip.fr](http://www.snip.fr)

2. Estimation LEEM : [www.leem.org](http://www.leem.org)

3. Estimation IMS Health

4. Menée à l'université de Québec à Montréal : [www.unités.uqam.ca/cese/etude24uqam](http://www.unités.uqam.ca/cese/etude24uqam)

Résumé : Eric Giacometti rappelle combien l'information des soignants sur les médicaments est parcellaire et soumise aux pressions des firmes.

# Une information manipulée

Cela va faire bientôt dix ans que l'affaire du vaccin hépatite B défraye la chronique. Dernier épisode en date de décembre 2002 : la médiatisation d'un rapport d'expertise commandé par le juge Marie-Odile Bertella Geffroy (la même qui a instruit le sang contaminé, l'hormone de croissance, etc.) dans le cadre de plaintes au pénal à la suite des décès de cinq patients vaccinés, dont trois enfants. Ce rapport de 450 pages est accablant à la fois pour les auteurs de la campagne de vaccination massive initiée en 1994, mais aussi sur le système de pharmacovigilance et l'Afssaps. L'expert qui a rédigé ce rapport, le Dr Marc Girard, est un des rares spécialistes français de pharmacovigilance exerçant à titre privé. Sans rentrer dans le détail de ce rapport, qui est contesté par les laboratoires et les experts de l'Afssaps, il semble utile de faire un point sur l'évolution de ce dossier à l'heure où les pouvoirs publics veulent relancer la vaccination des enfants.

Premier constat. Les médecins sont toujours aussi sous informés, voire désinformés sur l'évolution réelle du dossier. Pourquoi ? Quand on observe la journée de travail d'un généraliste, on se demande quand il peut prendre le temps de s'informer sérieusement. Avant de commencer les consultations, il écoute peut-être la radio d'une oreille distraite. Le soir, il est rare de finir à 20 heures pour regarder les journaux télévisés. Reste la presse écrite. Les analyses de lecture montrent qu'il ne lit principalement que la presse médicale, reçue gratuitement, rares sont ceux qui sont abonnés à un

quotidien. Or, concernant des informations d'ordre médical, il fera plus confiance aux revues spécialisées. Pour lui, c'est logique, ces journaux, souvent écrits par des médecins, sont censés bien connaître leurs sujets. Certes, il sait aussi que ces revues sont financées par l'industrie pharmaceutique et que peut-être il n'y a pas forcément d'informations gênantes sur les effets indésirables des médicaments, mais dans l'ensemble, il est sûr de ne pas passer à côté. Et puis, les visiteurs médicaux sont là pour répondre aux interrogations...

Or, dans l'affaire du vaccin hépatite B, un fossé s'est creusé entre les médecins et leurs patients, souvent mieux informés. Un exemple éclairant, deux semaines après la médiatisation du rapport Girard, une mère de famille parisienne m'a contactée pour me raconter une anecdote. Elle avait lu le dossier paru dans *le Parisien* sur le sujet et qui donnait de larges extraits du rapport ainsi que des éléments sur l'affaire en général, elle avait aussi vu à la télévision un reportage. Elle en parle à son médecin qui lui n'avait pas lu la presse ni vu la télévision. « Madame, vous avez mal compris ces informations, il ne peut s'agir d'un médecin qui a rédigé ce rapport, il n'y a pas de procès au pénal et de toutes façons le ministère de la santé a dit que le vaccin était innocent, c'est sûrement une information lancée par des ligues antivaccination qui a été reprise par des journalistes en mal de sensationnel. » La patiente ne s'est pas démontée et a montré l'article. Réponse du médecin : « Ça ne me concerne pas, j'y croirai le jour où je le verrai écrit

**Eric Giacometti**

*Journaliste*

*Eric Giacometti est chef de service adjoint au journal le Parisien. Il a publié il y a deux ans un livre sur les « scandales » du vaccin hépatite B : La santé publique en otage, Ed Albin Michel.*



dans mes journaux médicaux. » Scandalisée, la patiente a depuis changé de praticien.

Cette histoire est révélatrice. C'est un déni de la réalité. Il ne s'agit même pas d'être pour ou contre ce vaccin, mais au minimum de se tenir informé. Qu'on s'en souvienne, aucun grand scandale de santé publique n'a été traité sérieusement à ses débuts par ces journaux médicaux, ni le sang contaminé, ni les hormones de croissance par exemple.

Il s'est passé la même chose avec l'Académie de Médecine. Une semaine après le rapport Girard, les « sages », moyenne d'âge, 81 ans, ont publié un avis réfutant tout problème avec le vaccin. Or, il s'agissait simplement d'une analyse d'une dizaine de pages, écrite un an auparavant, et recyclé pour l'occasion dont un extrait est éloquent. « Nous faisons toute confiance aux laboratoires fabricants de vaccin sur les effets indésirables de ce vaccin. » Tant d'absence d'esprit critique est confondant. Curieusement, il n'était pas spécifié que l'un des académiciens qui a coordonné l'action de l'Académie sur ce sujet n'est autre que l'un des acteurs majeurs de la campagne massive de vaccination de 1994... Un conflit d'intérêt identique à celui observé dans le dossier des OGM, où l'Académie des sciences n'avait pas spécifié les casquettes de certains de ses membres.

Où en est-on du dossier vaccin hépatite B en 2003 ? Sur le plan judiciaire, environ 200 plaintes ont été déposées au civil et 7 au pénal, les procédures traînent en longueur. 3 victimes ont eu gain de cause, dont deux en appel. Les tribunaux s'appuient sur des expertises médicales individuelles et se basent non pas sur un lien de causalité direct et certain, mais sur un faisceau de présomptions. Il faut savoir que dans les plaintes au civil sur les effets indésirables des médicaments, les labos réfutent systématiquement les liens de causalité, comme par exemple dans l'affaire de l'Isoméride où, dernièrement, le fabricant continuait de ne pas reconnaître la responsabilité de son produit alors qu'il a été retiré du marché depuis longtemps.

De son côté, la direction générale de la Santé a indemnisé une soixantaine de personnes exerçant une activité médicale ou paramédicale, toutes vaccinées obligatoirement. Le tribunal administratif a condamné l'Etat à la fin décembre. Enfin, il faut savoir que certaines ligues antivaccinales ont profité de cette actualité pour relancer leurs attaques contre « le tout vaccin » et éditer des brochures pour le moins tendancieuses sur le sujet. En décembre, le Pr Abenhaim, le Directeur Général de la Santé, a annoncé qu'une conférence de consensus serait lancée sur la vaccination hépatite B. Louable décision si ce n'est que tout dépendra du panel des « experts » mobilisés pour cette opération et de leurs liens, passés ou présents, avec les fabricants.

En conclusion, il semble encore difficile dans ce pays, que ce soit pour les médecins ou les patients, d'admettre un précepte connu depuis longtemps : tout médicament ou vaccin peut être efficace et utile, mais dans certains cas provoquer des effets indésirables graves. L'affaire du vaccin hépatite B en est le triste exemple. Les seuls acteurs qui ont tiré leur épingle du jeu sont encore une fois les laboratoires, les profits de ce vaccin dans le monde occidental se sont élevés en dix ans à deux milliards d'euros... Quant aux habitants des pays en développement frappés par le virus de l'hépatite B et qui, eux, auraient vraiment besoin d'être protégés, ils peuvent toujours espérer dans la générosité des fabricants de vaccin. Et pour finir, un dernier constat, j'avais écrit un papier sur les ménages : ces colloques des labos où l'on paye un journaliste pour animer les débats continuent, au tarif entre 4 000 et 10 000 euros la journée selon la notoriété de l'animateur (oui, il n'y a pas d'erreur sur la somme). Seule note d'espoir, j'ai été contacté par d'autres journalistes qui avouaient être mal à l'aise avec de telles pratiques et commençaient à se poser des questions... De même que certains cadres de l'industrie pharmaceutiques ou d'associations professionnelles semblent avoir évolué et tentent de revenir à des pratiques plus éthiques. Il n'est jamais trop tard pour bien faire.

**Résumé :** A partir d'une lecture enthousiaste du livre de Stuart Levy *Le paradoxe des antibiotiques* retraçant le développement des antibiotiques et l'apparition de leur inefficacité, l'auteur examine les possibilités et les mesures prises par les pouvoirs publics pour réduire les infections nosocomiales et la consommation d'antibiotiques. Élevage, agronomie, professions soignantes, usagers et simples citoyens, il plaide pour une participation de tous.

# Pouvons-nous réduire notre consommation d'antibiotiques ?

Le livre de Stuart Levy\* est formidable !

Comme un jeu, il retrace une des plus belles histoires de la médecine. Il remet ensemble, et en perspective, l'incroyable développement des antibiotiques en médecine humaine, en élevage, en agriculture, puis l'apparition progressive de l'inefficacité thérapeutique de ces médicaments « miracles ». Telle que l'a raconté S. Levy, cette saga est, en fait, d'une profonde humanité, car elle met en cause non seulement le génie de la découverte de Fleming, l'efficacité de l'économie et de l'industrie à la transformer en un produit largement disponible, mais aussi l'enthousiasme maladroit des Hommes dans leur lutte contre la maladie, la souffrance et pour un monde meilleur. Leur incroyable capacité aussi de croire à leur puissance universelle, ici si vaine, de transformer durablement le monde. Cette histoire, ce conte, que vous présente ici Stuart Levy nous entraîne dans un voyage au pays de l'écologie, où nous parcourons les bases mêmes de la vie et de ses rapports au monde et à l'environnement.

## De quoi s'agit-il ?

L'utilisation des antibiotiques a comme corollaire quasiment inéluctable l'augmentation des résistances bactériennes. Ces résistances aboutissent à

ce que tel ou tel antibiotique ne soit plus actif contre telle ou telle bactérie. Le traitement antibiotique en question devient inefficace pour guérir les infections causées par cette bactérie. Cette situation résulte de l'un des principes fondamentaux de la biologie, connu depuis Darwin, et correspondant à l'évolution des espèces vivantes lorsqu'elles se trouvent en présence de conditions environnementales nouvelles. Toutefois, bien que l'augmentation de ces résistances bactériennes aux antibiotiques ait été très importante au cours des 20 dernières années, elle est passée relativement inaperçue du grand public et même d'une large fraction du corps médical pour au moins deux raisons. La première est que cette augmentation des résistances touchait souvent des espèces microbiennes qui n'étaient responsables que d'un petit nombre d'infections et que celles-ci survenaient essentiellement chez les malades déjà hospitalisés pour un autre motif. Les sujets atteints étaient souvent ceux dont les défenses naturelles contre l'infection étaient très diminuées. Dans le même temps, les espèces bactériennes responsables des infections les plus souvent observées hors de l'hôpital, notamment celles responsables des infections les plus fréquentes comme les infections ORL, respiratoires, génito-urinaires et intestinales, restaient largement sensibles

**Antoine Andremont**

*Professeur de microbiologie  
à la faculté de médecine  
Xavier Bichat-Claude Bernard  
(Université Paris VII)*

*\*Le paradoxe  
des antibiotiques,  
éd. Belin, 1999*



aux antibiotiques courants. Dans ces conditions, l'échec d'un traitement antibiotique dû à la résistance n'était pas très fréquent et n'était perçu avec suffisamment d'inquiétude par le public et par le corps médical pour être à l'origine d'inquiétude et de restriction de prescription. La deuxième raison qui a fait que ce n'est que relativement récemment que l'on s'est inquiété de l'augmentation de la résistance des bactéries aux antibiotiques est que l'industrie pharmaceutique a brillamment développé entre 1950 et 1990 de nombreux antibiotiques nouveaux. En outre, chaque molécule qui existait déjà a fait l'objet d'améliorations importantes de telle façon qu'il s'en est suivi une augmentation constante de leur activité, de leur tolérance et de leurs performances pharmacologiques.

Au total, l'idée s'était assez solidement établie que l'évolution des résistances aux antibiotiques, limitée quant au nombre d'espèces bactériennes qu'elles touchaient et contrebalancée par les nouvelles découvertes de l'industrie pharmaceutique, ne constituait pas un problème majeur de santé publique. Beaucoup pensaient que cette situation, finalement à la fois médicalement et économiquement assez confortable allait perdurer.

Toutefois, les choses ont radicalement changé depuis quelques années sous l'action, là aussi, de la survenue de plusieurs événements. A l'hôpital, l'évolution de la résistance microbienne est telle que les bactéries multirésistantes - c'est-à-dire celles contre lesquelles nous ne disposons que d'un tout petit nombre de médicaments pour soigner les malades qui en sont atteints - sont isolées plus fréquemment qu'auparavant. Bien entendu, ce sont les malades atteints par ailleurs des maladies les plus graves qui ont le plus de risque d'être infectés, car leurs défenses immunitaires personnelles sont diminuées. De telles infections, acquises lors d'un séjour hospitalier motivé par une autre maladie sont appelées encore infections nosocomiales, du grec « soigner » et « maladie ». Ces infections nosocomiales sont parfois dues à des bactéries sensibles aux antibiotiques mais elles sont, bien entendu, particulièrement inquiétantes et dangereuses

quand elles sont dues à des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. En 1993, on estimait aux États-Unis que la survenue d'une infection nosocomiale augmentait en moyenne la durée d'hospitalisation de 4 jours et coûtait 2 100 dollars. En outre, ces infections contribuaient à la survenue d'environ 58 000 décès par an dont environ 19 000 pourraient leur être directement attribuées <sup>(1)</sup>. En France, une enquête nationale de prévalence réalisée en 1996 sur plus de 75 % des lits d'hospitalisation publique ou assimilée a estimé qu'au jour de l'enquête, 6,7 % des patients hospitalisés avaient acquis une ou des infections nosocomiales dans l'établissement enquêté <sup>(2)</sup>. L'ensemble des experts s'accorde pour dire que ces infections nosocomiales constituent, notamment quand elles sont dues à des bactéries multirésistantes, un problème de santé publique majeur dans notre pays.

Les autorités sanitaires françaises ont réagi avec vigueur à cette situation nouvelle par la mise en place de réglementations qui ont abouti à ce que chaque établissement de soins dispose maintenant de moyens spécifiques de lutte contre ces infections nosocomiales. Des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ont été mis en place par le décret n° 88-657 du 6 mai 1988 et leurs modalités d'application ont été précisées par la circulaire n° 263 du Ministère de la Santé le 13 octobre de cette même année. La loi du 31 juillet 1991 a renforcé le rôle de ces CLIN en tant que structures de dialogue et de propositions, de lieux d'élaboration d'une politique concertée d'hygiène et de qualité.

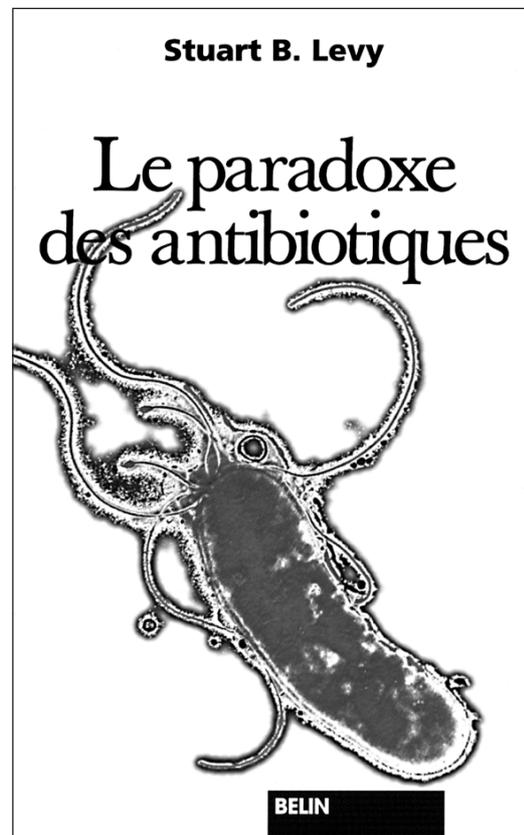
L'action du ministère de la Santé en matière d'infections nosocomiales s'est également traduite par la création de structures de coordination nationales et inter-régionales faites de cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN). Une incitation à la création de postes en hygiène hospitalière a eu lieu en 1992 et 1993 et un plan gouvernemental de lutte contre les infections nosocomiales a été présenté le 3 novembre 1994. L'ensemble de ces



mesures a été mis en perspective par la circulaire n° 17 du 19 avril 1995 du ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

Ce gros effort en personnel et en moyens financiers commence à porter ses fruits et l'évolution de ces infections s'est stabilisée et une décroissance semble être amorcée. Mais cette décroissance n'est pas très rapide et il faut à tout le moins maintenir, et très probablement amplifier, les moyens engagés dans cette lutte afin d'atteindre au plus vite un niveau de contrôle en rapport avec le degré de sophistication de notre système de soins et les conditions générales de qualité de notre médecine. En dehors de l'hôpital, les bactéries multirésistantes aux antibiotiques constituent également un problème important de santé publique et de soins. Certaines bactéries multirésistantes, qui appartiennent toutefois à des espèces différentes de celles qui infectent les malades hospitalisés, sont en effet responsables d'infections courantes, notamment pédiatriques. De telles bactéries sont devenues, elles aussi, beaucoup plus résistantes aux antibiotiques ces dernières années et les cas d'échecs de traitements ne sont plus exceptionnels. Cette situation est aggravée par les conditions actuelles d'organisation de la vie familiale qui favorise leur dissémination. Le regroupement des enfants dans les crèches, dans les garderies, ou à l'école, est à l'origine d'un taux de transmission élevé de ces souches d'un sujet à un autre, ce qui peut amener à leur dissémination rapide et à la survenue d'épidémies plus ou moins importantes. Ainsi, dans certains pays comme l'Islande, c'est en pratique une souche unique de pneumocoque résistant à la pénicilline qui est disséminée dans l'ensemble du territoire. Au niveau mondial, une petite dizaine de clones semble particulièrement épidémique. Dans le même temps, l'innovation thérapeutique de l'industrie pharmaceutique marque le pas dans le domaine des antibiotiques. Les techniques classiques de découverte de nouvelles résistances basées sur la recherche systématique d'activité d'un grand nombre de molécules différentes semblent avoir donné le meilleur d'elles-mêmes. Aucun anti-

biotiques radicalement nouveau, c'est-à-dire correspondant à un mécanisme d'action complètement différent de ses prédécesseurs n'a plus été découvert récemment. Aussi, à l'heure actuelle, nous sommes placés devant ce qui est convenu d'appeler « une fenêtre de vulnérabilité », un passage à découvert plein d'incertitudes. A tout moment, une ou plusieurs bactéries multirésistantes peuvent devenir résistantes aux derniers antibiotiques encore disponibles pour les combattre et être à l'origine d'une épidémie plus ou moins dévastatrice dont personne, en fait, ne sait



très bien quelle pourrait être l'ampleur et les moyens qu'il faudrait mettre en œuvre pour la combattre. Pour éviter d'être surpris par la survenue d'un tel événement, des stratégies de recherche résolument nouvelles ont été mises en œuvre basées notamment sur l'identification, grâce au génie génétique, de nouvelles cibles moléculaires et au séquençage extensif des chromosomes bactériens. Il semble que ces stratégies soient réel-



lement efficaces, permettant authentiquement d'identifier des molécules hautement innovantes. Toutefois, personne n'imagine qu'elles aboutiront à la mise sur le marché de nouvelles familles d'antibiotiques avant environ une décennie. Ces délais prolongés de développement sont liés au souci justifié de ne mettre à la disposition du public que des produits efficaces et sûrs, ayant fait leurs preuves lors d'essais thérapeutiques rigoureux et multiples. Mais même ces perspectives prometteuses sont relativement limitées. D'une part, la lourdeur des investissements financiers liés au développement clinique fait que seul un petit nombre de produits sera mené à terme. D'autre part, on sait d'ores et déjà que cette recherche de nouveaux antibiotiques n'aura pas pour résultat la découverte d'une liste infinie de nouveaux médicaments. Il est généralement estimé que le nombre des nouvelles familles d'antibiotiques qui pourront être découvertes n'excédera pas celui que nous connaissons déjà. On peut donc imaginer que si nos pratiques de production et d'utilisation de ces nouveaux antibiotiques sont les mêmes que celles que nous employons actuellement, et les mêmes causes produisent les mêmes effets, l'évolution de la résistance bactérienne vis à vis de ces nouveaux antibiotiques pourrait aboutir à un épuisement progressif de leur efficacité au même rythme que s'est épuisée celle des médicaments que nous avons utilisés jusqu'à maintenant. En suivant une telle logique, les plus pessimistes suggèrent que nous pourrions en avoir terminé avec l'ensemble des ressources antibiotiques possibles vers le milieu du siècle prochain, laissant ainsi la part belle aux bactéries dans le monde que nous laisserions à nos petits enfants. Dans ce scénario, certes lui aussi un peu catastrophe, mais scientifiquement et écologiquement fondé, la maîtrise par l'homme des infections bactériennes par les antibiotiques n'aurait été qu'un bref intermède, sans lendemain possible.

#### Peut-il en être autrement ?

Très certainement me semble-t-il, à la condition que nous réalisions rapidement que, pour toutes

ces raisons, il est de première importance de préserver ce qui peut l'être encore dans l'activité des antibiotiques qui sont aujourd'hui à notre disposition. Pour élaborer des stratégies dans ce sens, il est indispensable de commencer par faire l'inventaire de l'utilisation des antibiotiques, dont on sait, et c'est magistralement exposé dans le livre de S. Levy, qu'il n'est pas limité au seul usage médical, mais que de larges quantités d'antibiotiques sont également utilisés dans l'élevage animal ou en agronomie. Aujourd'hui, par exemple, environ 10 000 tonnes d'antibiotiques sont utilisées chaque année en Europe, à peu près pour moitié en médecine humaine et pour moitié en usage animal. La « bonne » nouvelle qu'apporte cette information – par ailleurs un peu monstrueuse de par son chiffre même – c'est que cette égalité d'utilisation entre les médecines humaine et vétérinaire montre d'emblée la nécessité de faire porter l'effort, les contraintes à des niveaux différents. Et qu'il serait bien vain que les diverses corporations qui utilisent les antibiotiques se rejettent l'une sur l'autre la part majeure de responsabilité. Bien entendu, des changements assez drastiques dans nos pratiques vont devoir être mis en œuvre et ils seront parfois difficiles, voire douloureux. C'est qu'il va s'agir de transformer des habitudes anciennes et ancrées dans des modes de fonctionnement bien établis. Par exemple, une enquête réalisée en France a montré qu'entre 1981 et 1992, la prescription en ville des antibiotiques avait augmenté chaque année de 3,7 %, cette augmentation pouvant atteindre plus de 20 % pour certaines catégories comme les céphalosporines orales.

En France, les autorités sanitaires ont bien pris la mesure du risque et ont mis en place une commission d'experts dont la réflexion a abouti à de nombreuses propositions d'actions immédiates et à moyen terme. Au niveau européen, une conférence a également été organisée en 1998 et des propositions formulées. Mais quelle que soit la pertinence et la précision de ces recommandations, rien ne pourra probablement se faire sans que les professionnels médicaux et vétérinaires, le public, les

malades et leurs familles, les éleveurs et les agriculteurs, ne soient convaincus de l'urgence et de la gravité que représente la situation actuelle.

C'est justement à cette diffusion de la connaissance que concourt le livre de Stuart Levy et c'est pour cela qu'il est particulièrement utile et bienvenu. Il faut le lire d'un trait, comme un roman, puis le recommander autour de soi, aux médecins et aux mères de famille, aux étudiants et aux éleveurs de cochon, à nos enfants, à nos parents, tant il est vrai que réduire notre consommation d'antibiotique c'est vraiment l'affaire de tous...

## Addendum

Depuis la rédaction de cette préface les bonnes et les mauvaises nouvelles ont alterné... Les bonnes tout d'abord. Le gouvernement français a commandé un rapport destiné à dégager des pistes pour « préserver l'action des antibiotiques » et celui-ci a abouti à la publication d'un décret créant une commission nationale visant à proposer des mesures pratiques pour mieux contrôler l'usage des antibiotiques. Dans les hôpitaux, des commissions spécifiquement chargées du contrôle de l'antibiothérapie se mettent progressivement en place. L'Assurance maladie a procédé à une large campagne d'information sur le thème « les antibiotiques c'est pas automatique ». Mais les mauvaises

nouvelles sont à la hauteur de ces efforts. En ville, la sensibilité du pneumocoque à la pénicilline continue de croître. Aux États-Unis, deux patients hospitalisés au moins ont été infectés par des souches de staphylocoques hautement résistantes aux glycopeptides, la dernière famille thérapeutique régulièrement active sur cette espèce et dans les hôpitaux français, des souches qui sont moins sensibles qu'auparavant sont régulièrement isolées. Bref, l'avenir de l'antibiothérapie semble aussi incertain que celui de la bourse, mais au contraire des lois économiques, celles de l'évolution de vivant sont intangibles et les bactéries trouveront toujours dans les ressorts de leur plasticité génomique « l'imagination » nécessaire pour mettre en œuvre des solutions génétiques leur permettant d'échapper plus ou moins rapidement à l'action des antibiotiques...

C'est dire que le livre de Stuart Lévy est plus que jamais d'actualité. D'ailleurs une deuxième édition, pour l'instant encore non traduite en français vient d'être publiée !

---

1. Emori T.G. et al., *Clin. Microb. Rev.*, 1993, 6 : 428-442.

2. *Enquête Nationale de Prévalence des Infections Nosocomiales*, Mai-Juin 1996. Rapport du Comité National Technique des Infections Nosocomiales.



Résumé : A propos de la commercialisation des anticholestérolémiants et des statines en particulier, l'auteur fait la démonstration de l'absence de rigueur scientifique, voire morale de l'AFSSAPS et des firmes pharmaceutiques lorsqu'il s'agit de promouvoir un médicament extrêmement rentable financièrement. Ceci aux dépens de la santé et des finances publiques.

# Les statines en prévention primaire ?

Jacques Valentin

<http://gestionsante.free.fr>

En 2001, Bayer a retiré brutalement du marché la cérvastatine, sa statine anti-cholestérol. Les autorités de santé, en particulier l'AFSSAPS <sup>(1)</sup>, ont présenté ce retrait comme une réaction exagérée du fabricant, ne remettant pas en cause l'intérêt des statines. Qu'en est-il en réalité ?

La cérvastatine, dont l'AMM <sup>(2)</sup>, datait de 1997 avait provoqué dans le monde la mort de 52 patients par rhabdomyolyse. Le bilan définitif, 100 victimes environ, peut en effet sembler dérisoire par rapport au nombre de malades traités, 500 000 rien qu'en France. Présentée sous cette forme dans tous les médias, la cause semble entendue. On a affolé le bon peuple pour rien et le pauvre Bayer n'est qu'une nouvelle victime de la fureur procédurière des Américains (8 000 procès en cours aux USA).

En réalité, au-delà du cas de la cérvastatine, un tour d'horizon sur cette classe de produit, les

modalités de leur mise sur le marché, les conditions de leur prescription, pose toute une série de problèmes qui mettent en évidence d'énormes carences dans la conduite de la politique de santé publique.

## Une efficacité très inégale

Il faut rappeler que pour la maladie coronarienne, seules deux statines ont prouvé leur efficacité, la simvastatine et la pravastatine en prévention secondaire et que seule la pravastatine démontre une efficacité en prévention primaire. La prévention primaire consiste à traiter une population asymptomatique sur la base d'un cholestérol élevé pour diminuer le risque de premier accident coronarien, tandis que la prévention secondaire traite le malade pour réduire le risque de récurrence.

Mais la mise sur le marché de produits « me-too » <sup>(3)</sup>, par les multinationales concurrentes, d'un intérêt thérapeutique souvent faible, est



devenu un droit acquis qui s'impose à toutes les agences de santé, au mépris de la sécurité des patients et des impératifs de santé publique.

En revanche, la rentabilité financière ne fait pas défaut. Le rapport 2001 de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale constate que les statines ont bénéficié de prix de mise sur le marché plutôt élevé par rapport à la moyenne de pays européens et peu différents de la demande des entreprises. Elle remarque surtout que les statines mises sur le marché le plus tardivement et qui n'ont pas démontré d'efficacité thérapeutique en prévention primaire ou secondaire avaient eu des prix d'entrée sur le marché similaires aux meilleures statines !

#### **Cholestérol et maladie coronarienne**

Toutes les statines sont utilisées en prévention primaire comme hypolipémiants. Ce problème s'était déjà posé pour les fibrates. Dans un article d'octobre 2001, Sciences et Avenir a rappelé le cas du clofibrate testé dans une énorme étude « auprès de 10 627 hommes : une partie prendra du clofibrate, l'autre un placebo. Le clofibrate diminuera comme promis d'environ 20 % l'incidence des infarctus. Mais il augmente la mortalité cardio-vasculaire (208 décès, contre 173 dans le groupe placebo) et surtout la mortalité par cancers. Malgré ces résultats calamiteux, le clofibrate est mis sur le marché en France au début des années 1970 ; il n'en sera retiré qu'en 1990. »

L'affaire du clofibrate n'a pas empêché les multinationales d'imposer aux agences de santé une nouvelle catégorie thérapeutique, celle des agents anti-cholestérol. C'est une classe de médicaments pour le moins originale puisqu'elle est constituée de médicaments qui peuvent être prescrits sur la seule base d'un cholestérol élevé alors qu'ils n'ont pu faire la preuve de leur efficacité en terme de mortalité sur cette population. Les fibrates et toutes les statines ont été classés en

SMR<sup>(4)</sup> important ou majeur comme hypolipémiants lors de la dernière réévaluation de l'AFSSAPS.

#### **Le cas de la pravastatine**

Le cas de l'étude WOSCOPS qui justifie l'utilisation de la pravastatine en prévention primaire est fort instructif. Pour le site Internet de l'association ARCOL, qui regroupe nombre de spécialistes français du cholestérol, « Les résultats remarquables de l'étude WOSCOPS ont posé le problème de la transposition de ces résultats à des populations différentes. La population de l'étude présentait un risque cardio-vasculaire absolu assez élevé (...) du fait notamment de l'origine géographique (Écosse), de la proportion de fumeurs (44 %) et de patients avec des antécédents vasculaires (16 %). Le nombre de sujets à traiter (NST) pour éviter un événement coronarien majeur est donc apparu très raisonnable. A partir des données épidémiologiques, on peut estimer qu'en France où l'incidence des maladies coronariennes est sensiblement moindre qu'en Écosse, le NST serait multiplié par 2 à 3. »

Cet essai a sélectionné une population dont l'âge et le sexe assure une relation exceptionnellement forte entre cholestérol et maladie coronarienne. L'Écosse tient avec la Finlande la palme mondiale de la plus forte corrélation. Les taux d'infarctus chez les 35-64 ans y sont cinq fois supérieurs à ceux de la France d'après l'étude Monica. Ajoutons que la population traitée par WOSCOPS comporte plus de fumeurs qu'une population masculine française du même âge. La proportion importante d'antécédents vasculaires fait qu'il ne s'agit plus d'une véritable étude de prévention primaire. Dans ces conditions, on ne peut pas soutenir qu'il faudrait multiplier le NST par 2 ou 3. Il faudrait le multiplier par 5 au minimum conformément à l'étude Monica et encore, bien sûr, en le transposant au traitement d'une population exactement similaire. Mais si on passe à la population française à cholestérol élevé effective-



ment visée par les traitements anti-cholestérol, qui comporte des femmes non ménopausées, et des structures d'âges très différentes, le NST serait probablement à multiplier par 10 ou par 20 !

Pour sauver 20 vies avec WOSCOPS, il a fallu traiter 3302 personnes en bonne santé pendant 5 ans, ou 165 personnes par vie sauvée. Le risque individuel de décès est passé de 1,8 % à 1,2 %, soit une réduction du risque de 0,6 % (et de 2,2 % en y ajoutant les accidents non mortels). Cette présentation, certes peu commerciale, permet de cerner la puissance thérapeutique d'un traitement, son coût et se faire une idée des risques liés aux effets secondaires. Si un effet secondaire mortel se produit chez 0,6 % des patients, il suffit à annuler l'efficacité du traitement. Si le NST transposé à la population française est à multiplier par 10 ou 20, l'efficacité devient statistiquement indétectable et les effets secondaires pourraient augmenter la mortalité de la population traitée.

Réfléchir à partir du NST et l'ajuster à la population française susceptible d'être traitée est très éclairant et conduit à se poser des questions clés. Peut-on accepter de prendre le risque de traiter, quasiment à vie, une population asymptomatique aussi importante, pour un aussi faible résultat, un coût exorbitant pour la collectivité (500 millions d'euros par an), avec des médicaments ayant des effets secondaires importants ?

#### La position de l'AFSSAPS

L'ambiguïté de la position de l'AFSSAPS transparaît dans son « argumentaire de référence sur la prise en charge du patient dyslipidémique » (p. 18). L'AFSSAPS indique, après avoir rappelé l'efficacité démontrée de la simvastatine et pravastatine en prévention secondaire et de la pravastatine en prévention primaire par l'essai WOSCOPS :

« Il faut du reste souligner que l'autorisation de mise sur le marché de la pravastatine en prévention primaire repose sur l'extrapolation des résultats de l'étude WOSCOPS, mis en évidence dans



une population à haut risque cardiovasculaire, à une population-cible française de niveau de risque qui pourrait être équivalent, chez l'homme mais aussi chez la femme. Les statines commercialisées à ce jour, en France, sont la simvastatine, la pravastatine, la fluvastatine, l'atorvastatine. »

Il faut vraiment lire l'AFSSAPS entre les lignes pour en déduire que plusieurs statines autorisées par l'AFSSAPS (la fluvastatine et l'atorvastatine et bien sûr la cérvastatine de Bayer) n'ont pas démontré d'efficacité thérapeutique dans des essais cliniques contrôlés en prévention primaire ou secondaire. Alors pourquoi donc sont-elles autorisées en prévention primaire comme hypolipémiants à SMR important ? Les amateurs apprécieront aussi les « extrapolations » pratiquées par l'AFSSAPS pour transposer les résultats de l'essai WOSCOPS à la population française en général, puis à la population féminine en particulier (qui jouit d'une exceptionnelle protection jusqu'à la ménopause).

### Une extraordinaire mal prescription

On comprend que dans ce contexte les médecins français puissent avoir de la difficulté à prescrire les statines à bon escient. On reste cependant confondu devant l'étendue et la gravité de la mal prescription.

Les résultats des études de prescription indiquent ainsi qu'en Ile-de-France, 33 % des patients n'avaient pas bénéficié d'un dosage de LDL. Un taux qui est de 43 % selon l'étude menée en Corse, de 26 % pour celle de Vesoul et de 38 % à Elbeuf. Par ailleurs, la tentative préalable de régime n'est pas mise en place dans près de 40 % des cas. Lorsque les analyses sont réalisées, un quart à

un tiers des traitements sont initiés avec un taux de LDL inférieur au seuil recommandé. Quant aux analyses de suivi du traitement, fondamentales pour ajuster celui-ci et limiter les effets secondaires, elles sont tout aussi déficientes...

Dans l'essai WOSCOPS, les prescripteurs sont des professionnels chevronnés et déjà en transposant à une population française asymptomatique l'utilisation de la pravastatine, l'efficacité du traitement est probablement nulle. On ne peut même pas exclure, compte tenu de l'emploi massif de statines moins efficaces que la pravastatine en prévention primaire et de l'ampleur de la mal prescription, une augmentation de la mortalité finale de la population traitée, d'autant qu'on découvre sans cesse de nouveaux effets secondaires aux statines (ce point très important dépasse la cadre alloué à cet article). Les études de prescription précitées, toutes concordantes, se sont accumulées depuis plusieurs années sans aucune réaction de l'AFSSAPS ou des pouvoirs publics, muselés par leurs errements lors de l'octroi des AMM initiales, malgré la gravité du problème en terme de santé publique.

**1.** Créée en 1998, l'AFSSAPS, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, a repris les attributions de l'agence du médicament.

**2.** L'AMM (autorisation de mise sur le marché) des médicaments est du ressort de l'AFSSAPS. Leur prix est fixé à un niveau interministériel par le CEPS, Comité Économique des Produits de Santé.

**3.** Terme anglais utilisé en mercatique pour désigner un produit concurrent d'un produit innovant, qui cherche à prendre des parts d'un marché rentable. Les médicaments me-too ont des principes actifs différents, mais une même visée thérapeutique.

**4.** En théorie, le Service Médical Rendu du médicament inclut l'efficacité, la sécurité d'emploi, la place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, ses conditions réelles d'utilisation et son intérêt en terme de Santé Publique.

# Visages

## Rébellion

Martine Devries - Médecin généraliste

Rachel a 67 ans, je la connais depuis longtemps. Elle arrive en consultation, toujours revendicative : « Ça ne va pas du tout, docteur ! » Elle n'a pas de maladie grave, mais accumule les inconforts, les déformations, les altérations. Tout son corps refuse : refuse d'être droit, d'être souple, d'être mobile. Il dit un malaise dont elle ne parle pas. Elle voudrait bien maigrir, mais son corps se rebelle et ne tolère même pas une feuille de salade. Multipliant les pathologies, elle accumule les médicaments aussi, et les intolérances. Elle a une infection urinaire, ça ne lui arrive pas souvent, mais elle se couvre de boutons à la succession d'antibiotiques qu'il faut bien lui prescrire. Et lorsqu'elle a une toux incessante et épuisante que je tente de calmer par des anti-tussifs, bien connus pour favoriser la constipation, elle se met en occlusion !

« Docteur, donnez-moi un bon médicament, cette fois-ci ! »

## La ménopause

Evelyne Malaterre - Médecin généraliste

Fabienne, 49 ans, vient en consultation pour la première fois : elle est sous Evista (raloxifène) depuis quelques mois et me raconte comment son médecin après quelques mois de traitement hor-

monal de la ménopause a préféré lui prescrire ce nouveau médicament dont l'indication est l'ostéoporose avérée. Je marque mon étonnement, ce traitement n'est pas justifié !

Il y a quelques temps encore, les médecins proposaient aux femmes ménopausées un traitement hormonal substitutif : THS qui améliorerait leur bouffées de chaleur, leur mal être, leur ostéoporose et même pensait-on leurs maladies cardio-vasculaires avec une surveillance de leurs seins en particulier. Cette prescription était assez simple et dépendait en grande partie du souhait des patientes : parfois améliorées, pour rien au monde elles ne l'arrêteraient et parfois peu gênées elles n'en voulaient pas. Des études récentes pour la plupart américaines ont montré que, peut-être, les cancers du sein et les maladies cardio-vasculaires étaient plus fréquentes chez les femmes traitées, rendant plus difficiles ces prescriptions. Dans le même temps, les firmes ont présentés des molécules : diphosphonates, raloxifène, indiquées dans l'ostéoporose avérée, fracturaire, de façon suffisamment ambiguë... pour que ces médicaments apparaissent comme les nouveaux traitements de la ménopause.

Et Fabienne, comme bien d'autres, est ainsi traitée, sans amélioration de ses troubles de la ménopause, pour prévenir une éventuelle ostéoporose avec des médicaments dont on ne sait pas grand-chose de leur utilisation au long cours. La ménopause est décidément un créneau bien lucratif pour les firmes pharmaceutiques !

# Bronchodermine...

## ou un peu de douceur dans un monde de brutes

Sylvie Cognard

Médecin généraliste

Encore remboursée à 35 % par la Sécu, merci ! Mais pour combien de temps ?

On nous a retiré le remboursement de la nanbacine, qui m'évitait mieux que le test dépisteur de strepto à ne pas prescrire d'antibio...

Bien sûr, je suis une lectrice assidue de *Prescrire*, bien sûr je pense grand bien de la médecine fondée sur les preuves... Mais je n'y retrouve pas ma fonction anthropologique, de grande sorcière écoutante. Je n'y retrouve pas les merveilleuses vertus de l'effet placebo.

Quand je les écoute, les mères avec leurs petits enrhumés, elles veulent faire quelque chose pour accompagner leurs petits « morveux » et les lavages de nez, c'est pas très agréable.

J'ai beau expliquer que c'est très important, que c'est comme le cantonnier qui ouvre les vannes le matin pour nettoyer les caniveaux, qu'après c'est bien propre, bien net.

Que les rhumes, ça passe tout seul en cinq à six jours.

Que des rhumes, des rhinos, il faut bien qu'il en fasse ce petit, pour forger son système immunitaire. Ça suffit pas...

Les mères, elles voudraient faire quelque chose de plus gentil pour accompagner le rhume de leurs enfants et là, quand je prescris un bon sirop bien doux, bien sucré, je vois bien que la maman a un sourire. « Bon, se dit-elle, le docteur a enfin compris que pour la toux, c'est du sirop qu'il faut, tout le monde sait ça ! »

Et la bronchodermine dans tout ça ?

Déjà avec le sirop bien doux, bien sucré, je me

suis un peu réconciliée avec la maman, puis je propose : « Voulez vous un peu de baume pour masser Dylan ou Melina, vous savez le truc qui sent bon ? » Là c'est plus un sourire, c'est le soleil sur le visage de la maman...

On imagine déjà la tranche de rigolade quand on va déposer le baume tout froid sur la poitrine, puis le dos de l'enfant, parce que ça chatouille quand c'est tout froid, puis peu à peu le baume va se réchauffer au contact de la peau, l'enfant va se détendre sous le massage, on ferme tous deux les yeux, on se retrouve dans une forêt d'eucalyptus et de pins, il fait chaud, c'est le sud.

La tête dans le brouillard du rhume, cette atmosphère chaude et cotonneuse, le petit d'homme se laisse aller, content d'avoir retenu sa maman à son chevet, d'avoir retardé un peu la séparation d'avec celle qu'il aime tant.

C'est plus de la médecine, c'est de l'amour ! Et si la médecine c'était de l'amour ?

Quelques petites minutes de bonheur qui aident mieux à guérir que la médecine fondée sur les preuves et qui consolent du lavage de nez. On pose un morceau de coton ou un linge fin et bonne nuit. La mère se souvient de quand elle était petite et que sa propre mère la massait avec du baume qui à l'époque contenait du camphre. Le tube est gros et la maman soignera tout seule encore quelques rhumes à venir, sans reconsulter. La Sécu aura remboursé un peu de douceur et d'amour et aura économisé deux ou trois consultations à vingt euros pour 35 % de 2,23 euros, c'est pas génial ça !

Résumé : Les aspects relationnels de la compétence du médecin sont importants pour instaurer une prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI), faire passer un changement de doctrine médicale, ou modifier la forme d'une prescription.

# Et vous, vous y croyez ?

**Eric Galam**

*Médecin généraliste*

Le médecin vous prend la tension et en échange, il vous donnera des médicaments. Son savoir décrypte les messages de votre organisme et, par l'intermédiaire de ses prescriptions, il agira sur vos maladies. C'est un peu de lui que vous emportez sur votre ordonnance et vous ferez ce que vous voudrez de ses médicaments, vous les prendrez comme vous voudrez (c'est ce qu'on appelle l'observance), les supporterez ou pas (la tolérance), vous vous plaindrez à lui ou le remercerez (satisfaction), vous omettrez parfois même tout simplement de les acheter (négligence ?).

Selon la plupart des enquêtes épidémiologiques, le chiffre moyen de l'observance est de trente pour cent. C'est aussi le taux d'efficacité toutes disciplines confondues, du placebo qu'on pourrait définir comme l'effet non pharmacologique de la prescription. Ainsi, si les malades n'obéissent qu'une fois sur trois à ce que pourtant on leur a ordonné, ils sont « sensibles » dans une proportion identique, à ce que pourtant on ne leur a pas prescrit. L'effet placebo pourrait donc aussi être défini comme l'aspect pharmacologique de la relation de prescription, même lorsqu'il est question de « vrais » médicaments. D'ailleurs, l'industrie l'a bien compris, qui se voit désormais obligée de prouver que ses molécules sont plus actives que le placebo avec les incontournables études pharmacologiques en « double aveugle ».

Surtout l'impact du placebo est majeur puisque, médicament miracle s'il en est, il soigne près d'un

tiers de toutes les affections quelle qu'en soit la nature ! Médicament non spécifique par excellence, il ne dépend donc pas tant de la maladie que du contexte dans lequel il a été prescrit. En particulier, son efficacité est étroitement corrélée à l'adhésion du médecin au traitement et à la confiance que lui porte son patient. Ainsi, la prescription d'un placebo par ruse a toute chance d'être inefficace tandis que l'effet d'un médicament est d'autant plus performant qu'il est prescrit avec motivation par le médecin, et à l'inverse d'autant moins actif et moins bien toléré que le médecin n'y croie pas, qu'il n'est pas cru par son patient ou que la relation entre eux est altérée. On comprend mieux pourquoi l'effet placebo peut être réduit pour certains médecins à qui il évoque la préhistoire de la médecine, comme si les croyances avaient été totalement éliminées par l'avènement de l'ère scientifique.

La question de l'éventuelle « rivalité » entre le médecin et ses médicaments est donc du même ordre que celle de sa congruence, c'est-à-dire de l'adéquation entre ce qu'il constate, ce qu'il croit et ce qu'il exprime à son patient.

Ce n'est pas le médecin qui est dans le médicament, mais le médicament qui est dans le médecin et le « remède-médecin » de Balint est bien plus large que le remède-médicament.

La position des médecins par rapport aux aspects relationnels de leur compétence pourrait ainsi nous éclairer utilement par exemple, sur l'utilisation des génériques. Si le médicament n'est qu'une molécule-



le, alors pourquoi ne pas changer son habillage dès lors qu'on ne touche pas à son principe actif ? Le problème, c'est que les patients ont parfois du mal à suivre. De même ils peuvent avoir des difficultés à se plier aux changements de doctrines médicales, par exemple par rapport au cholestérol ou à la prescription des antibiotiques. Ainsi, il y a une différence fondamentale entre le fait d'instaurer un nouveau traitement avec des génériques ou de prescrire ou non un médicament pour le cholestérol et la situation où l'on devrait interrompre un traitement ancien ou en modifier la forme apparente. Dans ce dernier cas, tout dépend au fond de la motivation du médecin, de sa capacité à convaincre et de la souplesse du patient. Ceux qui sont attachés à la couleur de leurs pilules ou qui ont adopté une fois pour toutes leur traitement risquent d'être fortement perturbés par un changement intempestif. La situation est un peu différente pour les prescriptions d'antibiotiques dans les rhinopharyngites. Il est ici question d'un vrai risque collectif certes à moyen terme, mais bien réel. Dans ce cas précis, l'implication du médecin, sa motivation et son apti-

tude à expliquer et à accompagner, c'est-à-dire à être plus qu'un simple médicament, est essentielle. Nous pourrions aussi être éclairés, mais ce sont des choses dont on ne parle pas, par la façon qu'ont les médecins de se soigner eux-mêmes lorsqu'il leur arrive d'être malades : se précipitent-ils sur les médicaments ? Les prennent-ils avec un respect religieux ? Y croient-ils vraiment et toujours ? Dans quelle mesure espèrent-ils la guérison spontanée de leurs troubles, comment les tolèrent-ils, par quels autres moyens les combattent-ils ? Difficile de répondre à des questions aussi intimes, mais si vous me promettez que ça restera entre nous, je vous dirai qu'en fait, j'ai un peu de mal avec certains médicaments et le plus souvent, comme d'ailleurs beaucoup de confrères, je me traite par le mépris. D'ailleurs, lorsqu'il m'arrive de prendre de vrais médicaments pour des affections bénignes, je vous avoue que je suis toujours un peu étonné que ça marche. Et lorsque mon fils est malade, je suis plus enclin à lui faire de très thérapeutiques bisous qu'à lui donner des médicaments. Et vous, vous y croyez... aux bisous ?

# Conte de fée

Il était une fois une petite fille blonde et sage qui avait quatre ans : Lila.

Je suis le médecin de famille. Rina, la grande sœur est en classe de neige. Depuis son départ, Lila a mal au ventre, tous les jours en fin d'après midi, très fort. Elle pleure beaucoup et ne peut s'endormir tellement elle a mal. Sa maman a « tout essayé », mais les crises persistent et toute la famille est très malheureuse. Lila et sa maman viennent donc en consultation. L'examen de Lila

est normal. Tout en leur expliquant qu'il n'y a rien de grave, je manifeste ma sympathie à Lila pour ses douleurs, et j'exprime à la maman mon accord pour l'interprétation qu'elle a déjà faite. Il me faut conclure par une prescription, c'est sûr, mais quoi ?

Solennellement, je prescris une crème : une application par massage doux sur le ventre au retour de l'école, à renouveler une fois dans la soirée. Ça a marché.

**Martine Devries**

*Médecin généraliste*

# Le médicament : chimie, magie, produit...

**Bertrand Riff**

*Médecin généraliste*

## Premier axe de réflexion

En 1982, j'étais en Algérie, je travaillais comme médecin dans un dispensaire. Au début, on m'appelait « toubib » : l'homme qui soigne. Puis, sans que je m'en rende compte, on m'a appelé Hakim : le sage qui soigne. Un jour, je découvre que dans le petit sac à amulette que nombre de patients portent autour du cou se trouvent aussi mes ordonnances. Ils m'avaient « talebisé ». Peut-être prenaient-ils mes médicaments. Mais ils les pensaient insuffisants à la guérison. Il fallait les booster. Un peu de sacralisation, de forces occulte, le tour est joué. Peut être aussi que je devenais trop acceptable ; quand un étranger guérisseur devient trop acceptable, il faut bien vite l'intégrer dans notre cosmogonie, sinon c'est une porte ouverte vers l'inconnu.

## Deuxième axe de réflexion

Un homme achète du Subutex à un dealer, médecin pro pharmacien de rue ou phytothérapeute de rue, il consomme un produit. C'est ce qu'il dit et ce que la médecine pense. Il vient me voir, je lui prescris le même Subutex. Soit nous pensons tous deux produits et on en sort pas ! Soit nous allons tenter tous les deux de penser ce produit comme un médicament. C'est-à-dire le passage d'une chimie qui apaise sans l'avoir conscientisé (produit) à une conscience de l'apaisement et donc à une conscience de la souffrance (médicament).

## Troisième axe de réflexion

Dans la lignée du deuxième, un patient vient me voir pour se sevrer de cannabis. Il fume 10 à 20 joints par jour. Il risque de perdre son métier, il vient de perdre sa femme. Parmi les outils proposés pour l'aider à atteindre ses buts, je lui ordonne un antidépresseur serotoninergique à commencer ce jour et un apaisant de type phytothérapie. Il me dit qu'il n'aime pas beaucoup les médicaments. Qu'est ce que fait le THC sur son cerveau 24 h sur 24 ?

## Quatrième axe de réflexion

Je lisais récemment un article traitant de la nicotine. Certains d'entre les usagers de nicotine, à 90 % dépendant de celle-ci, voient apparaître ou réapparaître 4 à 8 semaines après l'arrêt un syndrome dépressif. Celui-ci disparaît 2 à 3 jours après la reprise de la cigarette ? La nicotine serait donc un antidépresseur aux effets secondaires fâcheux.

Il semble insupportable au monde médical (40 % de fumeur dépendant) de penser la cigarette comme médicament. C'est-à-dire de se penser comme malade.

## Cinquième axe de réflexion

La mère d'un jeune prenant du cannabis matin midi et soir me dit : il prend de la drogue. Je lui demande : c'est quoi pour elle de la drogue ?



C'est simple, me dit-elle, quand on prend de la drogue, on est drogué.

Son fils lui me dit que le cannabis c'est pour être cool, bien. Tranquille au boulot, au cours et avec les copains.

J'ai un patient sous trithérapie VIH qui est allé aux Etats-Unis, côte Ouest. Il est revenu avec un traitement cannabis. L'ennui c'est qu'il n'avait jamais fumé. Or, le seul moyen de prendre son traitement était, pensait-il, en inhalation. Je lui ai expliqué le space cake, les décoctions népalaise dans du lait. Mais c'est moins efficace. Il bénéficie, me dit-il, des effets orexigènes antiémétique et antalgique de cette molécule. Il se sent bien mieux. Il oublie les effets apaisant antidépresseur et mnésique.

Ils prennent tous la même chimie pourtant ?

#### Sixième axe de réflexion

J'ai prescrit de l'interferon alfa à des posologies de 30 à 50 millions d'unité 5 jours sur 7. C'était en 1989 dans les sarcomes de Kaposi. Le suivi était très tranquille, biologie réduite, Nf. Nous n'avions pas d'inquiétude de suicide dépression chez nos patients. Du coup, nos patients avaient peu d'inquiétude ; je prescrivais de l'interferon alfa dans le cadre thérapeutique de l'infection à virus VHC. 3 millions d'unité trois fois par semaine. Les collègues hépatologues prescrivent des bilans biologiques importants, thyroïdes autoanticorps, anti... mais surtout, ils sont très inquiets de l'impact sur la psyché de ce médicament. Du coup, les patients sont dans l'inquiétude permanente de débiter ou de poursuivre ce traitement.

Récemment, j'ai croisé trois patients traités par de l'interferon bêta dans le cadre de protocole pour leur sclérose en plaque. Les bilans des neurologues sont aussi réduits que les miens. Manifestement, ils ne sont pas inquiets par leurs prescriptions ; j'ai rencontré des patients plutôt sereins.

Un patient vient me voir, il souffre, il ne dort plus, il ne peut aller au travail. Il vient de perdre sa grand-mère. Elle est morte à 78 ans en Algérie, il y a deux jours. Je lui explique qu'il est en deuil, qu'il a perdu quelqu'un de cher. Je lui dis que sa souffrance n'est en rien pathologique. Je lui demande comment on fait au bled pour apaiser une souffrance de deuil. Au bled, la vie s'arrête 10 jours, 15 jours.

Je suis mal. Notre société dit : « Monsieur, vous êtes un travailleur, votre souffrance ne doit pas vous empêcher de travailler. 72 heures d'arrêt pour un père une mère ou un enfant, 24 heures pour les autres. Voilà le temps autorisé pour débiter le deuil. Notre société désire par ailleurs mettre la souffrance hors la loi. Prendre des benzodiazépines est de plus en plus mal vu de même que les prescrire. Les arrêts maladie, c'est quand on est malade, il n'est pas malade, il est en deuil. Il y a juste une impossibilité financière et géographique qui l'empêche de débiter son deuil comme on le débute chez lui.

#### Septième axe de réflexion

Nous sommes tous, soignants, des co-thérapeutes d'une histoire, le patient y compris. Le médicament est un des axes du débat entre les différentes conceptions de l'histoire. Nommer l'histoire « Alors, c'est quoi docteur ? », dire le pourquoi « J'ai dû prendre froid ? » sont deux autres axes du débat.

Antibiotique ou pas ; chimiothérapie, laquelle. Les subjectivités de l'ensemble des co-thérapeutes se rencontrent : qu'est ce que vous feriez, vous ! Débiter des différentes possibilités entre chaque co-thérapeute est difficile. La solution pour éviter le débat est de laisser un seul co-thérapeute décider. De plus en plus, on se débarrasse de toutes responsabilités et peut être d'une part de fraternité en transférant cette tâche au patient...

Résumé : Le « test de diagnostic rapide » ou TDR, sous le prétexte d'une rationalisation de la prescription des antibiotiques lors d'une angine, contribue en fait à diminuer encore l'importance de la clinique.

# Les vertus du TDR

Anne-Marie Paboïs

Médecin généraliste

Mots clefs : antibiorésistance, angines virales ou bactériennes, TDR, clinique délaissée

Limiter l'antibiorésistance nécessite une démarche clinique méthodique : un antibiotique adapté à sa cible. En France métropolitaine, les angines aiguës sont majoritairement virales et un antibiotique n'est indiqué que s'il existe des facteurs de risque de Rhumatisme Articulaire Aigu (antécédents de RAA, mauvais logements, pays en voie de non-développement, populations pauvres en général) et de rares angines aiguës (AA) à streptocoques bêta-hémolytiques (AASA). Quels moyens valider pour les diagnostiquer ? Pour la revue *Prescrire*, l'examen clinique méthodique suffit à lui seul à prédire les AASA sur la base de 4 critères (ganglion sous maxillaire, fièvre supérieure à 38°, pas de toux, grosses amygdales infectées) pondérés par l'âge ; les techniques biologiques viendraient dans le doute.

Mais la Sécu a tranché : les TDR sont les seuls et uniques moyens validés.

**Eh oui, le TDR ou « test de diagnostic rapide »** (de l'angine) est arrivé, révolutionnant la pratique du médecin généraliste et, last but not least, changeant son statut : il accède enfin au grade de scientifique pur et dur. Exit l'adepte des sciences molles examinant le malade pour rechercher les critères cliniques de l'AASA : le technicien

trionphe du clinicien. Grâce aux tests offerts par la Sécu sur les fonds de la prévention, ce condottiere des temps modernes, d'un geste épique plonge son arme dans la gorge offerte, pourfend l'amygdale infectée, essore le coton-tige dans le tube même où trois gouttes d'un révélateur mystérieux ont été auparavant précisément déposées, met son minuteur sur le temps requis et voici que tombe le verdict incontestable : oui, un SBH est bien tapi là, nous allons l'occire avec l'antibiotique spécifiquement indiqué.

Il y a quelques mois, les médecins obéissaient au principe de précaution : 100 % des angines étaient antibiothérapées par des prescripteurs zélés et aveugles se justifiant du principe de précaution, et tout contrevenant était un charlatan. Maintenant, toute angine appelle un TDR, net simple et précis : si négatif pas d'antibiotique, l'inverse si positif. Cette pratique instaurée par la Sécu dans un but sanitaire et économique - restreindre les traitements antibiotiques inutiles et nuisibles et faire fondre les remboursements y afférant, fera retomber des bénéfices secondaires sur les médecins - acquérir un statut supérieur de technicien, et sur les malades - dûment informés que les antibiotiques ne traitent pas tout.

**Au final, que se passe-t-il ?**

Les médecins continuent à être considérés comme des prescripteurs téléguidés. L'aveugle



utilisation de TDR met en évidence la stratégie force de vente des firmes pharmaceutiques : après les médecins libéraux et leurs formations continues, elles séduisent les médecins-conseils et les administrateurs de la Sécu. Ce bel édifice sera-t-il ébranlé par un questionnaire émergeant d'organismes de formation médicale non inféodés aux firmes pharmaceutiques : qu'est-ce qu'on appelle une angine ? Quelle stratégie diagnostique adopter ? Quelles sont les performances comparées des critères cliniques et biologiques ? Traiter ou non, quels sont les risques <sup>(1)</sup> ?

L'Assurance maladie organise des réunions pour apprendre les gestes techniques aux médecins ; elle mène, enfin, des campagnes médiatiques pour les patients (peu informatives mais à suivre). Son but semble principalement de réduire les dépenses, mais quel est le bénéfice réel de l'opération : moins d'antibiotiques, mais 100 % de TDR ?

Les pharmaciens sont nettement perdants. Et les consommateurs ? Deviennent-ils des usagers conscients ? La campagne de la Sécu a-t-elle démystifié les antibiotiques, médicaments magiques, ou seulement opéré un déplacement, la magie s'accouplant maintenant avec le TDR, gratuit de surcroît ? A-t-elle désarçonné les usagers en les informant des assises éminemment instables sur lesquelles les médecins basent leurs prescriptions : comment comprendre que 100 % de certitudes thérapeutiques soient dégradées brutalement, par décision de l'Assurance maladie, en 10 % ?

Finalement, qui sont les grandes gagnantes ? Les firmes pharmaceutiques, évidemment ! Les prescriptions larga manu d'antibiotiques étant en grande partie obsolètes du fait des résistances microbiennes, voici venir les TDR tous azimut.

1. Cf. revue *Prescrire* op.cit. n° 233-234, tome 22.



Résumé : Le pharmacien d'officine, spécialiste du médicament, est un soignant à part entière et un acteur de santé publique.

# Un homme de comptoir

Entretien avec  
Philippe Thomas

Pharmacien

**Pratiques : Qu'est-ce que c'est, le médicament, pour vous ?**

Philippe Thomas : C'est ma vie ! En tous cas, ma vie huit heures par jour, mon quotidien. Je vis dedans, j'ai un rapport physique avec le médicament, je connais sa couleur, la forme des boîtes... En ce moment, je trouve qu'il y a une accélération des changements, des changements marketing, car il y a peu de réelles nouveautés. Quand je pense à mon père, c'était plus calme pour lui...

**Et que pensez-vous de ces changements ?**

Je suis dans le médicament toute la journée, et je suis en permanence dans le doute : doute sur l'efficacité des médicaments, sur la compétence du médecin qui rédige l'ordonnance parfois, doute sur l'honnêteté des firmes pharmaceutiques, doute sur les pouvoirs publics qui donnent des autorisations à des médicaments « non génériques », pas plus efficaces que les autres, créés uniquement pour que le pharmacien ne puisse substituer, et que le labo qui commercialise puisse continuer à faire un maximum de profit.

**Etre un pharmacien d'officine, c'est quoi ?**

On a trop longtemps été un simple intermédiaire entre médecins et patients, un distributeur de boîtes, il nous faut redevenir des acteurs de santé, ce qui veut dire, avoir le temps de rendre un service de qualité à l'officine, de se former, de travailler en réseau avec les autres professionnels de santé ; d'en avoir l'envie et les moyens... Le côté « scientifique » s'est effacé progressivement du fait du travail commercial et social qui s'est développé : un espace ouvert, avec des personnes disponibles, nous avons été utilisés pour donner des conseils, très bien, mais aussi détacher des vignettes, ça nous n'aurions jamais du accepter ! Remplir des feuilles, faire écrivain public... au lieu d'être spécialiste

du médicament, je suis devenu spécialiste de la pape-rasse ! Il y a de quoi être en colère, ou avoir honte de son métier.

En France, cela n'existe pas, mais dans certains pays, au Canada par exemple, le pharmacien a le droit de regard sur l'ordonnance, il est rémunéré pour faire la critique positive ou négative de l'ordonnance.

Je me sens le butoir où viennent heurter les patients, les médecins et le personnel. Car le pharmacien est aussi chef d'entreprise même s'il n'est pas formé pour cela. Gérer le personnel, faire les papiers, c'est vite fait de perdre le contact avec les clients ; moi, je veux rester un homme de comptoir, un pharmacien.

**Justement, qu'est-ce que le conseil au comptoir ?**

Je préfère dire l'acte pharmaceutique. C'est l'écoute, le conseil pour les petits maux, mal de tête, mal au ventre, poussière dans l'œil, et la vente éventuelle de médicament. Mais ça coûte au client : il repart avec 50 francs de médicaments, s'il était allé voir le médecin, il n'aurait rien payé <sup>(1)</sup>. Mais c'est aussi adresser au médecin, généraliste ou spécialiste, conseiller de patienter, ou refuser ce que le patient nous demande ; et ça, c'est difficile, il me semble que j'y arrive seulement maintenant après 20 ans de pratique.

**Il y a eu l'arrivée de nouveaux clients, en 1996, les toxicomanes.**

Ça a changé beaucoup de chose à l'officine ! Ils m'ont appris beaucoup ! A travailler en réseau, à rencontrer les généralistes, cela me permet de faire du meilleur travail, y compris avec les clients non toxicomanes. Ils sont là parce qu'ils en ont besoin ; je les connais ; certains viennent tous les jours. Je me sens chargé d'âme. Je fais un effort, je me mobilise, c'est bon pour tout le monde. Mickael entre, je lui dis bonjour, je l'appelle par son nom, peut-être que je suis le seul de la journée...

### Et dans un réseau de soins palliatifs, quel est le rôle du pharmacien ?

La disponibilité, la proximité, la connaissance des traitements, et aussi des familles ou de l'entourage ; en soins palliatifs, je ne vois plus le malade, de ce fait je me déplace parfois, sous le prétexte d'une livraison, ça étonne.

### Vous parlez d'entreprise : est-ce qu'on peut vivre d'une petite pharmacie, actuellement ?

Oui, on peut en vivre, en bossant 12 heures par jour lorsqu'on n'a pas d'assistant, en gagnant 3 000 euros (net) par mois, en ayant du mal à trouver un remplaçant pour prendre des vacances, en étant coincé dans sa pharmacie. Mais ce sera difficile à vendre. Ou alors la licence sera déplacée : les grandes pharmacies rachètent les petites ; il y a maintenant une loi qui permet au pharmacien d'aider son assistant à acheter des parts. On va assister à la naissance de groupes de pharmacies, comme Boots en Angleterre. Ces groupes ne seront pas intéressés par une pharmacie à la campagne ou dans un quartier difficile de banlieue. C'est donc le service public, la proximité, la disponibilité qui est en jeu.

Il y a d'autres difficultés dans la profession : le manque de professionnels diplômés, les salaires sont trop bas, et le travail n'est pas intéressant ; la carrière surtout est « vague », la convention collective imprécise, et les pharmaciens sont paternalistes.

### Quels sont vos projets actuels ?

Je voudrais mettre en place une formation pour mon personnel. Nous avons commencé : nous utilisons un logiciel pour « dépister » les onze contre-indications absolues les plus courantes. Au fil du temps, on constate qu'on a tendance à ne plus tenir compte du signalement. Il faut donc réactiver la vigilance. Nous faisons à peu près une réunion tous les deux mois, nous reparlons des contre-indications absolues ; on est dans une telle routine que si on ne se remet pas en cause, on fait des bêtises.

J'ai aussi accepté (et payé) une « formation-qualité » faite par un grossiste ; un « client-mystère » vient demander un conseil et ensuite, je reçois un rapport qui concerne... tout, l'accueil, le conseil lui-même, mais aussi les locaux, l'hygiène, etc. c'est vraiment une remise en cause. L'objectif est de mieux servir le client, de mieux délivrer le médicament. Il y a beaucoup de



procédures nécessaires pour avoir du contrôle. Ces procédures sont écrites, alors que dans notre profession, beaucoup de choses passent oralement ; c'est pourtant indispensable de revenir à l'écrit maintenant, avec les 35 heures et le travail à temps partiel, plusieurs personnes suivent un dossier.

### Est-ce que ces améliorations du service vont dans le sens d'une meilleure santé publique, quel est votre rôle dans la santé publique ?

Nous sommes les spécialistes du médicament, et nous devons rester les « gardiens des poisons » : cela concerne les posologies, les contre-indications, les interactions, la chronobiologie, les préparations. Ensuite nous avons un rôle dans l'information et l'éducation du public en matière sanitaire et sociale, nous contribuons notamment à la lutte contre la toxicomanie, les mst <sup>(2)</sup>, le dopage.

Nous donnons des conseils en hygiène, en diététique, en prévention. Nous faisons du dépistage : la présence d'une balance, d'un pèse-bébé, la possibilité de faire une glycémie, de prendre la tension artérielle... mais c'est uniquement dans les grosses officines qu'on peut se permettre ça, car il faut du personnel. Conseils pour les vaccinations aussi. Nous sommes prescripteurs pour les petits maux, toujours disponibles pour un pansement, et nous savons orienter le patient dans le labyrinthe du système de soins.

Propos recueillis par Martine Devries

1. Où l'on voit l'importance des assurances complémentaires dans sa clientèle : s'il n'y en a pas, le client reste avec 35 % des frais à sa charge.
2. Maladies sexuellement transmissibles.

Résumé : La prescription de médicaments, parfois rationnellement indispensable, est aussi la suite et le signe pour le malade d'un lien avec le médecin.

# Le plaisir de prescrire

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

## Entre sollicitude et démedicalisation

Moi, j'adore prescrire, surtout pour les petites choses. J'aime donner des gouttes de nez, des sirops, des comprimés pour le rhume, en fait les médicaments de la pharmacie familiale, ceux qui peuvent s'acheter sans ordonnance, ceux qu'on appelle les médicaments de confort. Et parallèlement, je rappelle les conseils de « bonne femme », boire chaud beaucoup, baisser le chauffage la nuit... Car cela remet la consultation dans le mouvement de l'enfance et de la sollicitude. Paradoxalement, il me semble que mes prescriptions médicamenteuses vont dans le sens d'une démedicalisation et d'une démythification de la médecine.

## Entre deux dangers

En même temps, la médecine et ses gros médicaments, j'en ai besoin, quand les choses deviennent graves. Comme tout le monde, je navigue alors entre deux écueils, la peur des effets secondaires indésirables, et la peur de la maladie et de la mort. Probablement que moi, j'ai davantage peur de la maladie que des médicaments. C'est vrai que je suis contente de pouvoir prescrire des traitements efficaces comme les trithérapies contre le Sida ou les chimiothérapies contre le cancer. Mais que je n'hésite pas non plus à donner de la cortisone pendant 3 jours à une mère de famille épuisée par les insomnies d'une méchante toux quand elle ne peut pas prendre d'arrêt de travail. Encore que je refuse de recevoir les « visiteurs médicaux », ces représentants commerciaux des firmes pharmaceutiques qui vantent leurs produits en occultant les problèmes.

## Entre lien et autonomie

Cette méfiance vis à vis des médicaments a pour fond la question existentielle de tout être humain, être partagé entre le désir de lien avec

l'autre et le désir d'autonomie. Pour le patient, il s'agit à la fois de l'envie d'être protégé par l'autre et de l'envie de la liberté, pour le soignant, il s'agit de s'engager auprès de l'autre au risque de l'affrontement. Les notions de « compliance » se négocient plus facilement quand cette réalité de ce qui se joue est perçue par le soignant. Il est, ou il a été des rebellions légitimes.

## La nécessité de se protéger

Quelle que soit la banalité ou la gravité du motif du symptôme de départ, si on veut bien se laisser embarquer, la consultation aborde souvent des zones d'enjeu vital, où on parle de solitude, de peur, d'amour. Je vois bien que j'aime bien donner quelque chose, parfois traitement vital indispensable, parfois simple « gri-gri » pour la route. Même s'il y a eu des paroles fortes partagées. Même si on a identifié des troubles liés à des conditions de vie et parlé des mesures non médicamenteuses qu'il faudrait entreprendre. Il me semble alors que le médicament fait office d'objet transitionnel qui atteste du lien, de la gravité des enjeux et de la nécessité de se protéger.

## Une bataille face aux firmes pharmaceutiques

Les firmes pharmaceutiques surfent sur ce désir mutuel de protection magique auprès des soignants et des patients, dans nos pays. Tout en refusant les soins minimaux aux malades des pays pauvres qui ne peuvent en payer le prix imposé. Certes, la politique du médicament passe par une information claire sur les médicaments, par une bataille pour l'accès aux médicaments pour tous, y compris le Tiers Monde, mais elle passe aussi par une meilleure formation des soignants aux questions anthropologiques et relationnelles. Alors les médicaments pourront reprendre leur place de remèdes utiles au milieu de toutes les autres thérapeutiques.

Sylvie Fainzang, *Médicaments et société*, Paris, PUF, 2001

Le comportement des individus par rapport aux soins dépend principalement de facteurs socio-économico-professionnels et démographiques, mais ils ne suffisent pas toujours à donner un sens à certains gestes. L'auteur étudie ici l'influence religieuse qui, parmi d'autres facteurs culturels, laisserait une empreinte sur l'individu, manifestant ainsi un certain mode d'inscription dans le monde. Le sort réservé à l'ordonnance médicale pourrait ainsi, dans certains cas, trouver sens dans la culture religieuse présente ou passée de l'individu, s'inscrivant dans l'histoire familiale voire collective d'une région ou d'un pays.

L'ordonnance médicale subit un sort différent selon qu'elle est considérée comme un support qui peut, en soi, suffire à soigner ; ou comme un écrit finalisant l'oralité de la consultation - le rapport à l'écrit peut varier suivant la culture religieuse ; enfin, elle trouve son origine dans un prescripteur, le médecin - et c'est ici le rapport à l'autorité qui se manifeste différemment suivant les individus

Cette étude limitée m'a semblé intéressante, car ma patientèle bigarrée a des comportements très différents par rapport au corps, à la maladie, aux médicaments et examens complémentaires et au médecin que je suis. Leur système de valeurs étant différent, il me faut m'adapter en permanence pour limiter les erreurs d'appréciation. Cet ouvrage m'a d'autant ouvert l'œil que j'y ai trouvé éclairage sur des gestes inexplicables pour moi ; certains patients ont même pu se comprendre mieux eux-mêmes en les découvrant inscrits dans leur histoire familiale et collective.

Anne-Marie Pabois



# Du médicament comme don et symbole

**Dominique Bourgeon  
et Alain Caillé**

*Alain Caillé,  
professeur de sociologie à  
l'université de Nanterre,  
économiste de formation, est  
directeur de la revue du  
MAUSS, Mouvement anti-  
utilitariste dans les sciences  
sociales, fondée en 1981 et  
publiée aux éditions de la  
Découverte. Il a publié  
différents ouvrages et  
notamment Le paradigme du  
don Desclée de Brouwer  
2000 ; il va publier  
bientôt Critique de la raison  
utilitaire : manifeste du  
MAUSS, La découverte 2003.*

*Dominique Bourgeon,  
chercheur en sciences sociales,  
enseignant auprès de cadres  
infirmiers, mène au sein du  
MAUSS un travail de recherche  
anthropologique sur le soin et  
la santé.*

*Pratiques* nous demande de livrer à ses lecteurs quelques éléments de réflexion sur la signification du médicament inspirés de ce que, dans le sillage du célèbre *Essai sur le don* de Marcel Mauss, il est permis de nommer le paradigme du don. Qu'il suffise ici d'en rappeler une des idées centrales : pour survivre et se reproduire durablement, les relations sociales ont besoin de satisfaire à des considérations d'utilité et d'efficacité fonctionnelle – d'assurer au minimum le manger, le boire, l'habillement, le logement et la santé –, mais elles ne se nouent et ne deviennent relations proprement sociales que pour autant qu'elles se structurent et se symbolisent comme des relations de don et de contre don dans lesquelles les partenaires en viennent à occuper alternativement les moments du donner, du recevoir et du rendre. Le médicament ne doit-il pas lui aussi être pensé pour partie selon cette logique ? Sans doute. La condition de sa pleine efficacité matérielle n'est-elle pas en effet de se doubler d'une efficacité symbolique ?

## Le déni du symbolisme

Au cours des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles en se construisant comme science la médecine s'est progressivement détournée du patient pour construire son savoir sur l'observation clinique confrontée à l'examen du cadavre et aux apports des sciences fondamentales. L'objectivité était à ce prix. Si ce postulat fondateur a permis l'évolution extraordinaire que nous connaissons, il comporte néanmoins quelques effets pervers voire iatrogènes liés à la mercantilisation et à la fonctionnarisation du rapport social. D'autant que la médecine ne s'est pas seulement construite sans le patient, elle s'est aussi en partie définie contre le sujet. Contre la subjectivité du

sujet en tout cas. Dans un éclairant article, la philosophe des sciences Isabelle Stengers [1999] évoque la commission de savants chargés par Louis XVI d'étudier les effets du magnétisme prôné par Mesmer. Avions-nous affaire à un réel effet thérapeutique et, dans l'affirmative, de quel ordre était-il ? Au terme d'une série de contre-expériences, les savants conclurent que l'effet « mesmérén » n'était lié qu'à l'imagination des patients et que l'on ne pouvait déduire la réalité d'un effet thérapeutique uniquement sur la base d'éventuelles guérisons. Ceux qui prétendaient le contraire n'étaient en fait que des charlatans. « *En d'autres termes*, conclut pour sa part I. Stengers, pour la médecine purement scientifique *la guérison ne prouve rien* » [I. Stengers, 1999, p. 121]. Le retour à un état de santé ne démontre rien s'il n'est pas appuyé sur des faits biologiques. Partant de ce postulat, le médecin se polarise sur les processus pathologiques indépendamment du sujet ou même contre lui. Il s'agit de lutter contre l'effet placebo considéré comme un processus parasite : seule la substance ayant fait la preuve de son essence thérapeutique matérielle et intrinsèque est digne d'attention. « *La médecine moderne, scientifique, reconnaît donc officiellement les vertus de « la foi qui sauve » [l'effet placebo] mais elle les reconnaît sur un mode négatif, à la manière d'un effet parasite qui risque, s'il n'est pas pris en compte de faire obstacle à son progrès* ». L'auteur ajoute que le corps souffrant ne constitue plus un témoin fiable, puisqu'il est susceptible de guérir pour de mauvaises raisons. [id., p. 122 & 124]. Ainsi, dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle, le mot « placebo » prend une connotation négative dans le vocabulaire médical. Cité pour la première fois en 1785 dans un dictionnaire

## MAUSS

3, avenue du Maine  
75015 Paris  
Tél. : 01 42 84 17 03  
Fax : 01 42 84 24 17  
mauss81@aol.com



médical anglais, sa première définition voit le jour en 1811 dans le *Hooper's Medical Dictionary*. Y est qualifiée de placebo toute médication prescrite plus pour plaire au malade que pour lui être utile. Traduisons : entendons par là tout médicament susceptible de flatter, de charmer (de tromper) le patient et ne servant en rien à le guérir « pour de bon ».

### Le plaisir, l'amour et l'amitié

Mais est-il si mal venu de vouloir « plaire » au patient ? Assurément s'il s'agit de le tromper à des fins démagogiques ou mercantiles. Mais entendu différemment le mot plaire traduit en fait l'essence même de la relation thérapeutique. Pour les anciens Grecs la relation médicale est entièrement gouvernée par l'amitié et amour. Le fait de plaire ou de vouloir plaire conduit ou peut conduire à l'amour. Pour Platon, « un bon praticien, en effet, doit être capable d'établir l'amitié et l'amour entre les éléments les plus hostiles du corps... la médecine est donc, comme je l'ai dit, gouvernée toute entière par le Dieu Eros ». [La République, 408.a- 410.a]. Quant à Hippocrate, il précise que l'amour du malade se transforme en amour de l'art et qu'il devient ainsi le vecteur d'un humanisme remarquable. Toutefois, il ne convient pas de prendre le terme « amour » dans son acception moderne. Les siècles passés nous offrent de nombreux glissements sémantiques qui altèrent le sens initial. Le mot amour n'est en fait que la meilleure évocation de l'inconditionnalité première qui doit présider à la relation médecin-malade. L'effet placebo est le produit de cette inconditionnalité constitutive. Le médecin doit d'abord accepter la personne qui consulte dans sa globalité et quelles que soient les circonstances. Ne rien rejeter de son être, l'agréer dans son apparence physique, sa nationalité, sa culture, sa classe sociale, etc. L'humanisme d'Hippocrate naît de cet « absolu ». Le patient se livre littéralement au praticien. Il se met à nu, exprime ses faiblesses, se donne à voir et attend, en retour, une acceptation sans condition de sa personne. Toute dérogation à cette règle compromet

aussitôt la confiance nécessaire à la relation. Si la rémunération du thérapeute est admise, elle ne doit en aucun cas constituer l'essentiel de la relation car l'acte thérapeutique apparaîtrait alors conditionnel et « *La réalité du malade [deviendrait] la somme d'un objet précieux et d'une personne indifférente* » [P. Lain Entralgo, p. 123]. Dans le même esprit, si l'intérêt du praticien est exclusivement scientifique, « *La réalité du malade [devient] la somme d'un objet scientifiquement connaissable et modifiable et d'une personne inconnue* » [p. 123]. Le patient n'est considéré que dans la mesure où il incarne un cas intéressant. Dans ces deux cas extrêmes, le malade perd totalement sa qualité de sujet et la relation, devenue conditionnelle, se dépersonnalise complètement mettant ainsi un terme à l'effet placebo.

### Médecine, médicament et médiation

Or, la personnalisation du soin est d'autant plus essentielle que la maladie implique souvent une dimension sociale. Elle est parfois le seul moyen d'échapper à un conflit ou à un quotidien trop pressant. Le médecin devient alors médiateur <sup>(1)</sup> voire un médium, un inter-médiaire entre les dieux (la société) et la destinée du patient. Tous ces termes sont issus de la racine « med » qui, bien que regroupant des notions très variées comme « *gouverner, penser, soigner, mesurer* », peut se définir comme une mesure de modération. « *C'est la règle établie, non de justice, mais d'ordre, que le magistrat modérateur a pour fonction de formuler* » [E. Benveniste, 1969, vol. 2, p. 123]. Cette loi s'applique, selon l'auteur précité, à un corps malade, à des situations extrêmes (la guerre) ou aux plus banales comme un repas. Face à un conflit, le patient attend un appui inconditionnel de son médecin et le médicament devient alors un remède.

Lorsque le sujet est accepté sans restriction, lorsque son histoire et le sens qu'il donne à sa maladie sont pris en compte, le médicament devient un véritable présent porteur de la volonté du praticien. En fait, le médicament *re-présente* le substitut ou le



prolongement du médecin. Désirant offrir un cadeau à un être cher, nous choisissons un objet censé lui plaire, un objet « placebo » en somme, quasi-médicamenteux. Ce cadeau doit lui plaire parce qu'il lui ressemble, qu'il « tient » de lui, parce qu'il le révèle et lui indique qui il est selon le donateur. Tout cadeau ou présent est identitaire. Le colloque singulier relève du même processus. Je me vois reconnaître une identité significative et admissible par le praticien et, à travers lui, par la société puisque l'acte médical relève d'un rôle institué par le collectif. Je suis reconnu, donc j'existe et si j'existe, je ne suis pas mort. Le symbolisme se nourrit de tels syllogismes. Le médicament représente le porte-parole, le héraut de l'acte de reconnaissance médicale. « *C'était la façon de prescrire et la qualité du don qui rendait le produit alternativement actif ou inactif* » nous explique J.C. Lachaud [1975, p. 67] à propos d'une étude sur l'effet placebo. Le médicament, ce traitement du médecin, devient par ailleurs le vecteur de la réputation de ce dernier. Observons que le mot « réputation » provient du latin « reputatio » qui signifie, entre autres, « envoi en retour d'un cadeau »...

### Le médicament à l'âge de sa reproductibilité industrielle

Mais la production massive de médicaments a standardisé le principe actif. Le pharmacien ne prépare plus lui-même l'ordonnance singulière adaptée au contexte et à la personnalité du patient. Le peu d'individualité qui subsiste encore réside dans la posologie par où le malade accorde parfois son traitement à sa corpulence et où le médecin adapte le principe actif aux résultats de laboratoire. La seule véritable façon de se singulariser réside, peut-être, dans le degré d'acceptation du médicament et dans la capacité à le mettre en échec par une sorte de défi agonistique à l'impersonnalisation ou à l'erreur sur la personne. La iatro-

gène, les effets indésirables doivent aussi être conçus comme un moyen d'expression du patient susceptible d'amener le remède pharmaceutique, le « pharmakon <sup>(2)</sup> » à devenir, dans une certaine mesure, un « poison ». La science médicale a pris conscience, ces dernières années, de l'importance croissante de ces effets indésirables. Mais il lui reste à les penser comme autre chose que la résultante de simples interactions chimiques...

---

**1.** Une enquête effectuée auprès de 1147 patients de 19 médecins généralistes paraît révélatrice de l'importance relationnelle du colloque singulier et des dimensions qu'elle sous-tend. Le praticien semble perçu d'abord comme un conseiller par 60,1 % des patients, 18 l'ont qualifié de magicien et 13 de père. Le malade « voit d'abord dans son médecin un conseiller, puis un confident, avant d'être un technicien » [R.Senand, J.Y. Chambonet, S.Léauté, 1995. Pages 64 à 70].

**2.** Le mot « Pharmacie » est dérivé du grec pharmakeia signifiant « emploi de médicaments ou de poisons ». Le mot vient lui-même de pharmakeuein (« donner ou préparer un remède, administrer un poison ») dérivé de pharmakon « plante médicinale ». Le mot signifie aussi « drogue » (remède ou poison), « breuvage magique » et plus généralement « sortilège ». Quant au latin, le terme potion est issu de « potio-nem, accusatif de potio,-nis » signifiant « action de boire » d'où par métonymie « breuvage, boisson ». Par spécialisation, le mot a désigné un breuvage médicinal et un breuvage empoisonné, un philtre magique. A l'inverse, « poison » se disait en ancien français à la fois d'un remède, d'une boisson salutaire (vers 1165), (sens repris par son doublet savant « potion ») et d'un philtre d'amour (avant 1560). La disparition de ce sens s'explique par la gêne qu'occasionnait la coexistence de valeurs aussi antithétiques.

---

### Bibliographie

- E. Benveniste. *Le vocabulaire des Institutions indo-européennes*, Tomes I & II, Les Editions de Minuit, Paris, 1969.  
 A. Caillé, *Anthropologie du don. Le tiers paradigme*, Desclée de Brouwer Paris, 2000.  
 J. C. Lachaud, *La maladie iatrogène*, EPPSOS, Privat, Toulouse, 1975.  
 P. Lain Entralgo, *Le médecin et le malade*, L'Univers des Connaissances, Hachette, 1969.  
 I. Stengers, « Le médecin et le charlatan » in *Médecins et sorciers*, Editions Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1999.

Résumé : A partir d'enquêtes chez les médecins prescripteurs et les consommateurs, l'auteur, anthropologue, étudie l'utilisation des psychotropes. La façon dont l'un et l'autre en parlent, et s'approprient ou non la prescription, est significative.

# Le généraliste et les « médicaments pour les nerfs »

Le médecin sait bien que le médicament, tout prescrit selon les normes de bonnes pratiques qu'il soit, prend pour son patient une signification qu'il ne maîtrise pas toujours. Evoquer l'effet placebo évite de s'interroger plus avant. Certes l'effet placebo dépend de la subjectivité du patient, de son désir de guérir à ce moment précis qui répond au désir de soigner du médecin, mais aussi du sens que prend pour l'un et l'autre la thérapeutique proposée, sens en partie culturellement déterminé. C'est cette dimension collective qu'étudie l'anthropologue culturel.

L'anthropologie du médicament, à l'instar de l'anthropologie de la santé, travaille sur le sens que prennent les spécialités industrielles pour le consommateur. Si nous reprenons la distinction entre médicament et remède rappelée par Raynaut & Coudert (1987), la question revient à savoir s'il y a adéquation ou hiatus entre médicaments prescrits (par le médecin) et remèdes attendus (par le patient). En effet, la prescription du médicament, construit à partir de *medicus*, étant cadrée par le savoir sur la maladie du médecin et celui sur la matière médicale du pharmacien, obéit aux normes des AMM. Tandis que le remède, venant du bas latin *remedium*, écart autorisé entre titre réel et titre légal d'une pièce d'argenterie, devenu thérapeutique venant combler l'écart entre un état perçu comme pathologique par le patient et ses normes culturelles de santé,

s'entend du point de vue du malade. L'anthropologie du médicament prend donc la « naturalisation » de ce dernier (Van der Geest & Whyte, 1996) comme non acquise pour le public.

Si le médecin reconnaît volontiers ce fait chez ses patients, il peut être plus réticent à admettre que le point de vue de ces derniers puisse l'influencer à son insu, ce que ses propos trahissent cependant, comme l'analyse de discours a pu le montrer. Nous voyons apparaître une claire distinction entre les traitements que le médecin assume et les prescriptions qui semblent lui échapper. Ceci est particulièrement probant lorsque l'on considère les médicaments psychotropes d'usage courant en médecine générale, anxiolytiques, hypnotiques, nouveaux antidépresseurs et certains neuroleptiques.

Une enquête, financée par la MILDT, et menée par une équipe pluridisciplinaire en Bretagne Occidentale entre 1999 et 2000 auprès de consommateurs de médicaments psychotropes et de médecins généralistes nous servira d'exemple. La consommation des médicaments psychotropes a été replacée d'une part dans le contexte de celle des médicaments de la pharmacie familiale, de l'autre de celle des psychotropes d'usage courant (alcool, tabac, cannabis). Seules les femmes, que l'on sait en charge de la santé de la famille dans notre culture, ont accepté de nous répondre (à

Claudie Haxaire

Pharmacienne anthropologue

L'auteure est maître de conférence dans le département des sciences humaines et médecine générale de la faculté de médecine de Brest et CESAMES (CNRS).



l'exception d'un homme). Les prescriptions de psychotropes ont été évoquées dans le cadre d'une enquête où il était demandé aux généralistes de commenter les éventuels problèmes de dépendance de patients reçus durant une semaine de pratique.

Du point de vue des consommateurs (trices), replacer les médicaments psychotropes dans le contexte des autres médicaments de la pharmacie familiale met bien en évidence leur spécificité.

Tant pour les personnes de classe moyenne interrogées en Basse Normandie, majoritairement retraitées (de 40 à 75 ans) (Haxaire, 2002), que pour les actives finistériennes (28-58 ans) de l'enquête menée par Terrien (2003), ces médicaments appartiennent à la grande catégorie populaire de « médicaments pour les nerfs ». Il apparaît des sous catégories, moins stables, de médicaments « pour dormir » ou « pour l'angoisse » lesquels peuvent être donnés comme « décontractants » car on pense alors aux manifestations physiques de l'angoisse. Ainsi, une « pas tout à fait mais presque dépression » peut-elle relever de ce médica-

ment « pour l'angoisse » qu'est l'Anafranil®, tandis que le Décontractil® a pu être confondu avec le remède ayant permis autrefois « d'exorciser » une « déprime », avant que l'interlocutrice ne se souvienne qu'il s'agissait, en fait, du traitement des contractures de son mari. Nos interlocutrices bas-normandes, plus âgées, mettant à distance l'entité dépression, autrefois « neurasthénie » ou « maladie d'idées » trop proche de la « folie », ont tendance à se souvenir de l'anxiolytique associé à l'antidépresseur comme du véritable médicament, agissant de façon immédiate sur la « tension » qu'elles ressentent. Les Finistériennes de la

génération suivante, pour lesquelles la dépression, banalisée, est devenue maladie du siècle, n'en font pas pour autant correspondre chaque spécialité aux classes thérapeutiques dont elles connaissent le nom, tandis que la « force » ou la « lourdeur » des traitements est appréciée symptomatiquement. Néanmoins, ces médicaments « pour les nerfs » sont appréhendés comme catégorie, parfois rangés dans un sac ou un lieu distinct de celui des autres spécialités, car considérés comme plus « dangereux ».

Les conséquences de ce mode de catégorisation découlent de la signification que prend le langage des « nerfs » dans notre culture. Comme plusieurs auteurs l'ont bien montré (Cathébras, 1994),



rabattre ainsi sur la concrétude d'éléments physiques (nerfs renvoyant aux filaments que désigne ce terme dans son acception populaire) permet de dire le mal-être dans un langage non psychiatrisé. Mais le caractère ambigu de cette catégorie n'échappe pas à ses utilisateurs, qui savent bien qu'il est question là des recours aidant à se « calmer », « se détendre » au même titre que « l'apéro », la « cigarette » ou le « bédo » pour les personnes plus jeunes, ou que la réorganisation des rythmes de vie, des habitudes, pour les plus âgées. Cette fonction prévaut sur l'aspect médical. Ces « médicaments » sont clairement appré-



hendés différemment des autres, toutes classes thérapeutiques confondues, qui, eux, sont référés au médecin, au pharmacien et au système de santé de façon générale. Paradoxalement, alors que tous les psychotropes sont sur liste 1, et que nos interlocutrices doivent nécessairement les obtenir sur prescription, l'analyse de discours révèle qu'elles adoptent à leur égard une posture particulière qui exclut le monde médical : elles sont dans une relation duelle, non médiée, à ce genre de produit, qui relève donc de leur monde intime ou, du moins, qu'elles gèrent de façon autonome. Les psychotropes sont en bonne place parmi les médicaments à propos desquels le personnel féminin d'une grande surface échange des conseils, voire les boîtes elles-mêmes, élabore ses propres normes de consommation, définit les conduites déviantes (Terrien, 2003). Mais la posture que nous évoquons n'est pas exactement celle d'une automédication, où, comme cela se produit pour les analgésiques par exemple, le savoir médical est réapproprié par le patient. Ici, c'est le médical, la prescription, qui est utilisée aux fins propres des utilisateurs ce qui rend sans objet la notion d'observance. Celles de dépendance, mais surtout d'accoutumance, souvent expliquée sur les notices, préoccupent nos interlocutrices qui développent des stratégies pour les éviter, et évaluent ce risque au regard de la gravité, de leur point de vue, des problèmes qui les amènent à cette consommation. La non-observance va alors souvent dans le sens d'une diminution des doses, ou d'un abandon du traitement, ceci dans le cas des antidépresseurs.

Les généralistes perçoivent bien cette attitude de leurs patients et y répondent, si l'on en croit l'analyse de leurs propos, par une accentuation des consignes portant sur les doses et la posologie d'une façon générale, comme s'ils cherchaient à cadrer ces usages. Ceci marque une posture distincte de celle qu'ils adoptent à l'égard des autres prescriptions, posture en miroir de celle de leurs patients. Cependant, une analyse de discours plus fine nous montre que cette attitude varie selon le type de traitement psychotrope en cause <sup>(1)</sup>.

Les catégories qui se dégagent de ces discours ne sont pas définies par la nature des

psychotropes, mais par les objectifs thérapeutiques visés. Des médicaments appartenant à la même classe pharmacologique, particulièrement les benzodiazépines, pourront être traités différemment selon les cas. Les variations de traitement des médicaments dans le discours expriment l'intensité de l'investissement du médecin dans la prescription : il a - ou non - prise sur la consommation ou l'évolution des troubles, a - ou non - espoir d'en infléchir le cours. Ainsi, lorsque le médecin contrôle difficilement la consommation parce que le médicament est complètement réapproprié par le patient (ce qui est le cas des anxiolytiques et des hypnotiques employés hors association avec d'autres psychotropes), le malade devient entièrement sujet de sa consommation, le médicament lui est attribué par un possessif « il prend sa benzodiazépine ». Dans le contexte de l'enquête portant sur les dépendances, ce terme n'est pas évoqué et la durée de prise vaut comme une justification en soi, les traitements sont mis à distance, minorés et banalisés de différentes façons. Quand, ni le médecin, ni le malade n'ont prise sur le trouble, ce qui est souvent le cas des traitements comportant des « médicaments psychiatriques » prescrits par un psychiatre, ces traitements sont mis à distance par une énumération de noms de spécialités sans déterminant, le malade lui-même n'est pas sujet de sa cure : c'est une « personne qui a un neuroleptique ». Les seuls types de traitements psychotropes où le médecin se sente dans son rôle, où il assume sa prescription à la première personne sont les antidépresseurs et les produits de substitution, le malade est sous traitement (au même titre qu'un autre : antibiotique ou cardiovasculaire par exemple) : « je l'ai mis sous Deroxat® ». Ces marques discursives (son, sous) se révèlent de bons indicateurs de la perspective dans laquelle se trouve le médecin, ce que nous avons vérifié systématiquement. Dans notre corpus, le possessif est exclusivement employé avec les anxiolytiques et les hypnotiques et la seule occurrence de cette forme avec un antidépresseur, le Prozac®, marque bien le statut particulier de cet IRS devenu nom commun, familier du public. Les usages de « sous » pour les benzodiazépines ne se retrou-



vent que lors de l'énumération de médicaments associés aux antidépresseurs, comme produits de substitutions dans le sevrage d'un alcoolique, ou encore associé au Subutex®. Une confirmation supplémentaire est fournie par le passage du « sous » au possessif « son » Subutex® lorsque le patient, fractionnant les doses, retrouve l'usage toxicomane du produit.

Les analyses de l'anthropologie médicale distinguent, entre autres, la maladie du médecin et la maladie du malade, montrant comment celle-ci influence les catégories opératoires du médecin tandis que celle-là est assimilée partiellement dans le système explicatif du malade (Kleinman, 1980). Nous pouvons transposer ces analyses à l'anthropologie du médicament. En matière de médicaments psychotropes, la distinction entre médicaments du médecin et les médicaments du malade que nous avons pu noter chez les patients (Haxaire C, 2002) se retrouve dans le discours des médecins ; ils semblent manier plusieurs catégories de médicaments psychotropes. La première correspond aux médicaments « du malade » (« son psychotrope ») recouvrant essentiellement la classe thérapeutique des tranquillisants (benzodiazépines) et des hypnotiques. La seconde catégorie celle des médicaments « du médecin » peut se subdiviser. Une première sous-catégorie est celle des médicaments du médecin généraliste, à propos desquels il a une démarche diagnostique étayée, il essaye de prescrire ce traitement. C'est le cas des antidépresseurs (« sous traitement antidépresseur »), et des traitements neuroleptiques qu'il a initiés. La seconde sous-catégorie concerne les autres traitements « psychiatriques ». Il s'agit bien, ici aussi, de médicaments d'un médecin, mais d'un autre médecin prescripteur qui est le psychiatre.

Les traitements de substitution constituent une catégorie à la frontière des deux précédentes – médicaments du malade/médicaments du médecin. En effet, tout se passe dans le discours comme s'il s'agissait de passer d'un « médicament » du malade qu'est le toxique utilisé pour ces effets psychotropes en auto-médication, à un médicament du médecin d'où la négociation autour du médicament prescrit et la « crainte » qu'il ne

devienne un médicament de malade. C'est-à-dire que le patient l'utilise comme un toxique : n'importe quand, n'importe comment.

Ainsi, dans le cas précis de certains médicaments psychotropes (tranquillisants et hypnotiques) les généralistes sont-ils influencés par les catégories profanes : ce ne sont pas - plus - pas uniquement - des « médicaments du médecin » mais aussi - mais surtout - des « médicaments du patient », lesquels patients on l'a vu, ne réfèrent pas ces remèdes au médical. Dès lors, travailler sur la dépendance reviendrait à les faire sortir de ce champ et à les réintégrer dans celui des « médicaments du médecin ».

---

**1. Précisons avant de commencer l'analyse que nous avons choisis les généralistes de notre étude parmi les membres d'un réseau ville-hôpital de substitution aux opiacées et parmi les maîtres de stage, c'est-à-dire parmi des médecins crédités d'une réactualisation suffisante des connaissances, ce n'était pas celles-ci qui nous importaient en effet, mais les compétences mobilisées dans la pratique. Par ailleurs, un petit dépouillement quantitatif des prescriptions de la semaine de l'étude, révèle que ces généralistes seraient plutôt moins prescripteurs de psychotropes en général, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs en particulier que la moyenne nationale mais, par contre, plus prescripteurs de neuroleptiques, ce qui tient sans doute au contexte d'exercice de certains d'entre eux (zones rurales ou quartiers difficiles de grande ville, clientèle âgée).**

---

### Bibliographie

- P. Cathebras, 1994, *Neurasthenia, spasmophilia and chronic fatigue syndromes in France*, Transcultural Psychiatric Research review, 31, 259-270.
- C. Haxaire, 2002, *Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes*. Sciences Sociales et Santé 20(1): 63-88.
- C. Haxaire, P. Bodenez, E. Richard, K. Terrien, 2003, *Gestion différentielle des dépendances par les médecins généralistes de Bretagne Occidentale*, rapport/projet 99D04, MILDT, INSERN, CNRS.
- A. Kleinman, 1980, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press.
- M. Reynaud, A. J. Coudert, 1987, *Essai sur l'art thérapeutique*, Paris, Synapse-Frison Roche.
- K. Terrien, 2003, *Psychotropes et normes sociales : femmes et exigences sociales dans le Finistère*, Journées d'étude Valeurs et normes dans le champ de la santé, UBO, 20, 21 Mars 2003 organisées par le Comité de recherche 13 *Sociologie de la santé* de l'AISLF.
- S. Van der Geest, S. R. Whyte, et al., 1996, *The anthropology of pharmaceuticals : a biographical approach*.

Résumé : L'auteure analyse différentes valeurs que revêtent les médicaments. Du double processus de sacralisation/désacralisation du médicament, lié à la profusion des médicaments dans le monde, à l'aliénation du sujet souffrant dont le corps devient la cible des molécules chimiques, aboutissant à un formatage comportemental individualisé qui dédouane de toute cause ou explication socio-économique du mal-être exprimé.

# L'aliénation médicamenteuse

Sur l'étal d'un marché du Sierra-Leone, derrière le film transparent de petits sachets de plastique hâtivement noués, des myriades de confettis multicolores aux formes oblongues ou arrondies, derrière un bocal rempli des mêmes couleurs éclatantes. On s'approche, on reconnaît dans ce joyeux mélange les antibiotiques, anxiolytiques et autres analgésiques quotidiennement distribués au dispensaire. Ils sont vendus comme des bonbons aux gosses qui passent.

Dans le même temps, un quatre-quatre cahote sur la piste vers le dispensaire. Il croise deux silhouettes, transportant un corps agité dans un filet, qui disparaissent sur le bord de la route. Un flash halluciné des rapports Nord-Sud : la même clandestinité qui fait disparaître les corps à la médecine occidentale, et qui en fait réparaître les médicaments démedicalisés sur le marché.

On posera cette simple question : quelle forme de résistance ce processus d'échappement met-il en œuvre ? Et, au-delà, à quel type de contrainte

réagit-il, qui déborde largement la question des rapports Nord-Sud ?

## Magie et possession

Peut-être cette contrainte est-elle liée au phénomène de sacralisation du médicament, dont la médecine occidentale est elle-même le lieu. Ainsi, plutôt que de mépriser les pratiques magiques ou superstitieuses qu'on attribue aux « autres » médecines, pourrait-on d'abord s'interroger sur le caractère magique de la puissance que nous attribuons à la nôtre, et qui peut nous rendre aussi sourds à une critique de son efficacité qu'aveugles à un questionnement sur sa scientificité.

Car si l'on peut s'offusquer des médicaments distribués à l'aveugle sur le marché, c'est peut-être moins en raison de leur risque de toxicité par usage abusif, que pour le risque, autrement plus symbolique, de désacralisation que produit ce geste. Désacralisation de ce qui est la première

Christiane Vollaire

Philosophe



vertu du médicament : celle de l'autorité qui le prescrit.

Ainsi se trouve-t-on devant ce paradoxe : la technique pharmacologique, fruit d'une science authentique de la recherche et de l'efficacité des « principes actifs » semble, par les effets mêmes de notre propre surconsommation, mise au service d'une foi aveugle et indiscriminée dans ce que nous appelons « médicament ». Et le médecin en blouse blanche, stéthoscope autour du cou, semble jouer, pour lui-même autant que pour son patient, un rôle analogue à celui du sorcier, prescripteur de potion miraculeuse.

Les rapports Nord-Sud ne seraient rien d'autre, sur ce point précis, que des rapports d'incompatibilité entre deux conceptions différentes de la magie. Mais aussi, ils mettent en évidence ce qui est au cœur de la prescription médicamenteuse : plus profondément que l'intention avouée du soin, un principe originel d'aliénation. Si en effet, aux pratiques magiques, on attribue les rituels de possession, alors il semble bien y avoir, dans le médicament, ce qui induit un tel processus : sa diffusion circulante dans l'intériorité du corps, et

les modifications qu'il y produit. Car il est bien du ressort spécifique de la pharmacologie d'étudier et de mettre en évidence, pour déterminer les modes d'action du médicament, les processus de sa diffusion, de son activité cellulaire et de sa métabolisation.

### L'aliénation économique

Dès lors, la constitution de la médecine comme métier, et de la pharmacie comme auxiliaire de ce métier, fait de cet acte de gouvernement du corps un acte extériorisant : le corps est toujours, pour le prescripteur, un corps de l'autre sous le gouvernement de soi. Mais, par une nouvelle aliénation, le médicament lui-même induit la dépendance du prescripteur à l'égard du producteur. Or cette seconde forme d'aliénation est beaucoup plus récente que la précédente. Si l'aliénation est le processus par lequel un pouvoir originellement intérieur devient une puissance extérieure, on peut voir l'origine première de la soumission du prescripteur au laboratoire dans la séparation, opérée au XVIII<sup>e</sup>, entre apothicaire et épicier, qui signe en réalité une reconnaissance scientifique de la fonction d'apothicaire. La production du médicament, en devenant une spécialité, n'a pu s'émanciper de l'autorité médicale qu'à partir de sa filiation originelle à une intention commerciale.

Au XX<sup>e</sup>, quand l'essor considérable des découvertes du XIX<sup>e</sup> est devenu interdépendant de celui des techniques pharmacologiques, c'est l'industrialisation de ces techniques qui transforme l'interdépendance en une dépendance économique de la médecine à l'égard de la production pharmaceutique.

Cette logique d'aliénation de la raison thérapeutique à la raison commerciale subit une accélération considérable à la période contemporaine par les effets de la mondialisation. De manière symptomatique en effet, les dirigeants des grands laboratoires ont cessé, depuis les années soixante, d'être des médecins ou des pharmaciens pour devenir des financiers. En outre, la création en





1994 de l'Organisation Mondiale du Commerce a conduit à un accroissement considérable des pouvoirs des firmes multinationales, en réduisant le pouvoir régulateur des Etats. Et l'on peut s'inquiéter de ce que les décisions de l'OMC aient acquis un plus grand poids en matière de politique de santé que celles de l'OMS, dont c'est pourtant la vocation.

Or c'est bien une telle logique d'aliénation qui donne à la raison commerciale un droit de vie et de mort, puisqu'elle conduit à abandonner la recherche ou la production de médicaments vitaux pour des populations entières, au motif de leur non-solvabilité.

### Usages de la médication psychiatrique

Mais ce qui choque, dans cette aliénation de la raison médicale à la raison économique, est précisément qu'elle se constitue comme l'aboutissement, et en quelque sorte la réalisation, de l'aliénation du corps à la raison médicale : elle n'en est pas la contradiction, mais l'expression ultime. C'est en quoi la question du médicament est véritablement au cœur d'un principe de dépossession de soi. Elle ne met en œuvre des problèmes d'actualité économique que comme symptômes d'un questionnement plus essentiel sur le principe même de la médication.

Un article récemment paru mentionnait le cas d'une jeune femme, passée en jugement pour un délit, déclarée irresponsable par les psychiatres, et pour laquelle était donc demandé un internement psychiatrique plutôt qu'une peine de prison. Soutenue par sa famille, elle réclamait l'annulation de la décision, préférant subir l'incarcération plutôt que l'internement, au motif que le traitement médicamenteux qui lui était imposé était à ses yeux plus aliénant que les murs d'une prison.

On laissera de côté ici la question de l'expertise psychiatrique et de la légitimité qu'il peut y avoir, pour un médecin, à juger de la responsabilité juridique de quelqu'un, c'est-à-dire à établir avec lui une relation qui n'est précisément pas thérapeu-

tique, mais aliénée cette fois à un système pénal... Ceci pourrait, à soi tout seul, faire l'objet d'un article entier.

On examinera en revanche ce qui peut justifier la préférence de la prison à l'internement thérapeutique, et on l'interprétera à partir d'un concept forgé depuis longtemps, mais qui nous semble particulièrement opérationnel ici : celui d'euphémisation. Il semble en effet que l'internement psychiatrique ne se présente pas, pour celui qui le subit, comme une chance d'échapper à la peine de prison, mais comme une peine substitutive à celle de la prison, substitution qui n'en constitue pas un adoucissement réel, mais un adoucissement terminologique. C'est cela que désigne l'euphémisation : traduire en termes édulcorés une réalité qui conserve toute sa violence. Ainsi l'euphémisation n'est-elle rien d'autre qu'un masquage de la violence effective. Mais on peut aller plus loin en affirmant qu'elle en est au contraire une aggravation, dans la mesure où le non-dit de la violence est plus insidieusement pernicieux que sa visibilité, et autorise ainsi une potentialisation de ses effets.

### La chimiothérapie comme euphémisation de la contrainte

Ainsi, si l'on a souvent qualifié les neuroleptiques de « camisole chimique », il faut y voir un glissement de sens plutôt qu'une analogie. En réalité, le neuroleptique est à la camisole ce que l'injection létale est à la guillotine : non pas un adoucissement de la peine, mais une caution médicale qui lui est conférée, provoquant une lénification du regard sur la peine. La chimiothérapie apparaît alors bien comme une euphémisation de la pratique répressive, dans la mesure où l'intention répressive demeure : celle de faire taire et de maîtriser.

Mais c'est précisément cet usage pénal de la médication psychiatrique qui oblige à s'interroger sur cette médication elle-même. Ainsi Michel Foucault disait-il en 1977 à propos de l'usage punitif à des fins politiques de la médica-



tion psychiatrique en URSS (« Enfermement, psychiatrie, prison », in *Dits et Ecrits*) :

« Ce qui se passe en URSS n'est que l'intensification de l'intention psychiatrique, (...) sa condensation, (...) sa mise à découvert. »

Il montrait alors comment une nosographie psychiatrique inventée en URSS à de pures fins de légitimation de la répression (le concept de « schizophrénie torpide », par exemple, syndrome asymptotique attribué aux dissidents) devait conduire non pas à s'offusquer, mais à s'interroger sur les fondements de légitimation de la nosographie psychiatrique ordinaire. En quoi la validité scientifique de la seconde était-elle plus catégoriquement irrécusable que celle de la première ? Et, dans la mesure où une médication lui est associée, en quoi le choix de cette médication est-il thérapeutiquement justifiable ?

C'est pourquoi Foucault écrivait, en 1976, dans un article sur « l'extension sociale de la norme » : « L'analyse historique est un moyen d'éviter la sacralisation théorique. (...) Elle a à dire quelle est la non scientificité de la science, (...) comment les effets de vérité d'une science sont en même temps des effets de pouvoir. »

Il ne s'agit donc pas ici de dénier toute scientificité à la pharmacologie, mais de montrer comment, dans son usage psychiatrique, elle procède d'intentions dont la scientificité semble, à beaucoup d'égards, sujette à caution.

### Légitimation de la prescription

Le discours sur les psychotropes en général, et sur les neuroleptiques en particulier est en effet de deux ordres : d'une part, il faut éviter que le patient souffre ; d'autre part, il faut protéger contre les effets de cette souffrance aussi bien l'entourage du patient que le corps social tout entier, et jusqu'au patient lui-même. Pour le second point, c'est la notion de danger qui est mise en avant, à partir d'une hantise du « passage à l'acte » : les manuels de pharmacologie mettent en avant le « risque suicidaire » comme indication majeure de l'hospitalisation, de la mise

sous neuroleptiques et même de l'usage des électrochocs, dans le cadre de la « mélancolie dépressive ».

Or c'est précisément ce concept de « danger pour soi-même » qu'il faut interroger : s'il ne fait pas l'objet d'une demande du patient, qui ce danger concerne-t-il ? Et si l'usage des neuroleptiques, pour éviter le « passage à l'acte », prive le patient de toute possibilité d'agir, doit-on voir un plus grand danger dans la pathologie elle-même ou dans son traitement ? Le choix du suicide est-il une folie, si la médication ne lui donne pour alternative que les effets secondaires reconnus et répertoriés du traitement neuroleptique ? Effets secondaires qui ne sont rien d'autre eux-mêmes qu'un catalogue de la désidentification : perte de la fonction de relation (« indifférence affective », « état dépressif », « impuissance », « frigidité »), dégradation de la représentation de soi (« prise de poids », « gynécomastie »), perte du contrôle de soi physique et mental (« dyskinésies », « états confusionnels »).

Il faudrait être fou, précisément, pour ne pas voir ici que le droit de prescription ouvre largement les portes à tous les abus de pouvoir. Pour ne pas anticiper sur les multiples formes d'illégitimité auxquelles un droit aussi exorbitant peut donner lieu, quand le patient est originellement destitué, par le diagnostic psychiatrique lui-même, de ce qui établit la légitimité de tout traitement : son « consentement éclairé ». Or, dédouanée d'une telle exigence à l'égard du patient, la position du médecin se réduit à répondre au désarroi des familles ou à l'impuissance policière, par la caution scientifique de la chimie.

### Le médicament au cœur d'une double tradition

Si donc l'ambition scientifique de la neurologie est de réduire le fonctionnement psychologique à sa chimie, alors il est clair que l'usage des neuroleptiques ne justifie pas même scientifiquement une telle illusion, puisqu'ils ne visent jamais une intention étiologique. Le traitement neuroleptique est toujours un traitement symptomatique,



qui constitue un double aveu d'impuissance de la psychiatrie : impuissance à s'émanciper conceptuellement de la neurologie, dont elle a pourtant exigé de se séparer ; impuissance à assumer les acquis de la psychanalyse, sur lesquels elle a pourtant constitué et revendiqué sa différenciation à l'égard de la médecine somatique.

Comment ne pas voir alors que les deux traditions qui ont donné naissance à la psychiatrie sont littéralement inconciliables ? L'une est celle d'un décryptage des processus pathologiques à partir d'une identification intériorisante entre le chercheur et son objet. Elle considère de ce fait l'objet comme un sujet répondant aux mêmes modalités de logique pulsionnelle que le chercheur lui-même. L'autre au contraire vise à neutraliser les effets de cette logique à partir d'une interprétation extériorisante : une séparation radicale entre la position du chercheur et celle de son objet, réduit de ce fait à devenir le lieu purement corporel d'une aliénation médicamenteuse. Si l'on admet en effet qu'il existe une logique de l'inconscient, il est clair que l'usage des neuroleptiques fait obstacle à toute manifestation de cette logique par le langage, et donc à toute interprétation possible du symptôme. La chimiothérapie aurait ainsi pour première fonction de dédouaner

le prescripteur autant que l'institution de toute réflexion critique sur les origines familiales d'une pathologie, sa liaison à un système éducatif ou à un ordre social. C'est ce que mettait déjà en évidence, dans les années soixante, le mouvement de l'anti-psychiatrie ; et rien ne permet, aujourd'hui encore, de réfuter un tel soupçon.

Il est clair que, là où se pose en termes de vie et de mort la question d'une santé publique, toute forme d'aliénation économique qui fait obstacle à la médication doit être combattue. Mais cet impératif est inséparable d'un questionnement plus originel sur l'essence même de la volonté médicatrice et les formes de pouvoir qu'elle développe. Si la médication psychiatrique est au cœur d'un tel questionnement, c'est qu'elle oblige, au-delà du champ médical, à interroger la matérialité du corps comme le lieu même de l'identité mentale. Non pour le traduire dans la terminologie primaire du stimulus-réponse, ou pour affirmer un impérialisme de la synapse, mais pour désigner, dans toute intervention pharmacochimique, la potentialité jamais évacuée d'un abus de pouvoir. C'est à cette potentialité que renvoient toutes les formes de résistance à l'injonction médicatrice, et c'est le rôle d'un prescripteur de les analyser et d'en admettre aussi la légitimité.

Résumé : Le pouvoir de l'industrie pharmacochimique s'étend : produits pharmaceutiques d'abord, alimentation humaine maintenant à travers le contrôle des semences et des pesticides. Le pouvoir financier ainsi obtenu a des retombées politiques cachées, mais effectives.

# La pharmacochimie à la conquête du monde

Geneviève Barbier

Médecin généraliste

Alors qu'Hiroshima avait inauguré une nouvelle étape dans l'histoire de l'humanité en marquant le début de l'ère nucléaire, on a sous-estimé que l'utilisation des gaz de combat pendant la première guerre mondiale signait l'entrée de l'humanité dans l'ère pharmacochimique.

En 1915, Bayer fabriquait déjà des gaz de guerre. Après l'interdiction faite à l'Allemagne de produire des armes chimiques, ces découvertes seront écoulées sous licence comme pesticides : le gaz moutarde a donné naissance aux organophosphorés, et même les premiers anticancéreux, les « agents alkylants », proviennent des moutardes azotées.

Le choix du productivisme dans les années 60, avec l'emploi massif des engrais et des pesticides dans l'agriculture, a permis l'essor des firmes qui aujourd'hui contrôlent l'essentiel de la production pharmacologique et agrochimique.

Ces sociétés sont transnationales : leurs études de marchés sont mondiales et elles cherchent à contester les réglementations des Etats qui peuvent les gêner. L'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) est l'outil conçu sur mesure pour cette dérégulation généralisée. Parfois il n'y a pas besoin de recourir à la force : les prix des

médicaments contre le SIDA en France se sont alignés sur les prix américains, les plus chers du monde. Pour cela, l'industrie pharmaceutique n'a eu qu'à argumenter auprès de l'Etat français qu'elle avait besoin de rester compétitive. Mais de plus en plus souvent, la justice est saisie pour faire plier les pays qui, par exemple, entendent protéger leur agriculture vivrière ou soigner leur population. Chacun se souvient que les géants de la pharmacie, tous unis, ont porté plainte auprès de l'OMC contre l'Afrique du Sud qui produisait localement des médicaments pour sa population ravagée par le SIDA. Après le déplorable effet de cette plainte sur l'opinion publique mondiale, les firmes ont toutes retiré leur plainte, mais leur image est durablement ternie.

Cette action unanime de l'industrie pharmaceutique face à l'Afrique du Sud n'était qu'une alliance de circonstance : en temps normal la concurrence est féroce, comme en témoignent les fusions, courses aux brevets, rachats de concurrents, ou cessions de secteurs économiquement trop risqués. Les entreprises polyvalentes (pétrochimie, chimie lourde, explosifs, peinture, pharmacie, pesticides, semences, OGM...) ont tendance à se scinder par spécialités. Ces grands



mouvements auraient été initiés en 1992 par le géant britannique Imperial Chemical Industries (ICI) qui sépara chimie, pharmacie et agrochimie pour mieux les valoriser en bourse. Du secteur pharmacie est issu Zeneca.

Le groupe français Aventis, né du mariage de Rhône-Poulenc avec l'allemand Hoechst, regroupait médicaments, vaccins et soins dans *Aventis pharma*, et produits pour le bétail (farines animales et végétales) ou pesticides dans *Aventis agro*. Après le moratoire européen sur les OGM en 1999, Aventis, comme Novartis ou Pharmacia, s'est désengagée de l'agrochimie pour se concentrer sur la santé humaine, plus rémunératrice. Aventis, qui fut un précurseur du maïs OGM Starling, a vendu sa division Crop-science à Bayer, numéro 2 mondial de l'agrochimie. Ce secteur est en difficulté car le succès commercial des OGM se fait attendre : les consommateurs européens s'y opposent et les critiques s'amplifient dans les pays du Tiers Monde. Ces réticences et

ces retards déstabilisent les firmes : en octobre 2002 lorsque l'américain Monsanto, premier producteur mondial de semences OGM révisé à la baisse ses prédictions, le cours de ses actions chute de 11 %.

Cela n'empêche pas Bayer d'affirmer que « nos sociétés ne voient pas d'avenir, ni d'innovation possible, sans recours aux OGM ». Il faut dire que les enjeux sont énormes : la plupart des plantes génétiquement modifiées étant rendues résistantes aux herbicides, les marchands d'herbicides peuvent vendre leurs produits en grandes quantités. Le même industriel vend le poison, et la graine stérile résistante au poison.

Ce qui se met ainsi en place sous nos yeux est un système d'enfermement et de contrôle total de toute l'alimentation humaine par l'industrie pharmaco-chimique, comparable à ce qui existe déjà pour la santé : quel médecin issu de nos facultés a appris à soigner sans recours systématique aux produits pharmaceutiques ? Si le système rêvé



par l'industrie se met en place, pourrions-nous demain nous alimenter sans avoir recours à des semences ou à des créatures brevetées ?

Les entreprises transnationales ne cachent pas que leur objectif naturel est la recherche de profits et non le bien-être de l'humanité. Que disent les représentants de l'agrochimie ? Avec le ton rassurant et l'indulgence des gens bien nés, ils regrettent quelques erreurs de « communication » à l'origine de réactions « émotionnelles » et de l'incompréhension dont ils sont victimes. Ils vous expliquent que leur mission n'est pas l'intérêt général, mais le profit, et que la réglementation est le devoir des politiques, pas des firmes qui font leur travail.

Ils vous font aussi remarquer qu'une des plus grandes catastrophes sanitaires, l'accident de Tchernobyl, fut causée par un Etat et non par le privé. Comme si Bhopal ou l'usine AZF n'avaient pas existé. Ces arguments ont de quoi inquiéter, tout d'abord parce qu'il s'agit d'une revendication d'irresponsabilité, et ensuite parce que les Etats ne parviennent plus à assurer leur mission. Comment arbitrer sereinement en effet lorsqu'il faut à la fois préserver la santé publique, protéger les entreprises nationales créatrices d'emplois, et composer avec l'industrie pharmaco-chimique, qui a su placer des hommes efficaces dans les cabinets ministériels...

Pendant la dernière campagne électorale américaine, l'industrie pharmaceutique a mis près de 20 millions de dollars sur la candidature de George W. Bush Jr : cette somme devrait garantir une gratitude durable. Comme le disait un démocrate membre du congrès, pas besoin de faire pression sur le gouvernement, « les laboratoires sont déjà à la Maison Blanche <sup>(1)</sup> ».

Il existe malgré tout des signes de contestation. En Europe, le lobby pharmaceutique a tenté d'influencer directement les parlementaires pour modifier en leur faveur la réglementation sur les médicaments. L'indignation des associations a pour l'instant fait obstacle à ces pressions, mais jusqu'à quand ?

Les résistances les plus visibles sont venues ces dernières années des mouvements de protestation citoyens. Peuvent-elles inverser la logique du profit comme valeur prioritaire aux dépens de la santé ?

Pour l'instant il n'est pas exagéré de constater qu'il n'y a aujourd'hui pas plus de séparation entre la pharmacochimie et l'Etat qu'il n'y en a entre la pétrochimie et l'Etat, qu'il n'y en avait sous l'Ancien Régime entre l'Eglise et l'Etat.

---

1. Julian Borger, *The Guardian*, Londres. Cité par *Courrier International* N 538, 22 février 2001.

Résumé : La mise en œuvre de l'accord de Doha de novembre 2001 a été sabotée par les Etats-Unis et l'Union européenne qui, objectivement, défendent les intérêts des firmes.

# Doha : le sabotage

A Doha, en novembre 2001, les pays riches avaient accepté de prendre des mesures permettant à certains pays de contourner les droits des brevets des firmes pharmaceutiques : lorsque des médicaments qu'ils ne pouvaient acheter au prix fort s'avéraient indispensables pour la santé de leur population. Ça semblait être une grande victoire.

Il faut dire que le contexte y était : le procès intenté au gouvernement sud-africain par 39 firmes avait déclenché la mobilisation des séropositifs dans le pays, et fait honte à l'opinion publique des pays riches. En même temps, dans les suites du 11 septembre, les envois de spores de bacille de charbon aux Etats-Unis, et la panique face au possible bio-terrorisme avaient fait envisager aux Etats-Unis eux-mêmes de passer outre au brevet de Bayer <sup>(1)</sup>.

L'accord de Doha avait alors réjoui les tenants de l'altermondialisation.

Le principe étant acquis, restait à le mettre en œuvre, échéance décembre 2002. Pendant cette période, force est de constater que les Etats-Unis et l'Union européenne, puis le Canada et le Japon, ont tout tenté pour saborder l'accord. Et ont réussi puisque le 20 décembre 2002, les négociations de Genève ont échoué.

La controverse portait d'abord sur les maladies : lesquelles auraient le droit d'être soignées par des médicaments obtenus en détournant les droits des brevets ? L'OMC ne voulait accepter que la tuberculose, le SIDA et le paludisme, et quelques maladies parasitaires ; et voulait exclure les autres : or, des maladies telles que le cancer, l'hypertension artérielle ou le diabète font des millions de mort dans les pays du Sud, faute de traitement. D'autre part, les firmes pharmaceutiques s'appliquent à saper l'accord de l'ADPIC <sup>(2)</sup> : celui-ci

permet pourtant à chaque pays, lorsque c'est jugé indispensable à l'intérêt public, d'autoriser une production locale, en négociant par la suite une compensation financière modeste au détenteur du brevet. Cela s'appelle une licence obligatoire. A Doha, il avait bien été précisé que l'ADPIC devait être mis en œuvre pour promouvoir l'accès de tous aux médicaments. Les médicaments produits ainsi sous « licence obligatoire » doivent être principalement destinés au marché intérieur. Mais alors, si ces pays, autorisés et capables de fabriquer à moindre coût ne peuvent exporter, comment les pays ne disposant d'aucune industrie pourraient-ils se fournir ? Comment les malades pourront-ils être soignés ? Ils ne le seront pas.

Les Etats-Unis, et l'Union européenne, ont fait preuve, et continuent à faire preuve d'une très grande mauvaise foi dans ces négociations, ne proposant que des solutions plus mauvaises, finalement, que le statu quo, du fait des restrictions, des contraintes et des difficultés d'application. Ceci malgré des déclarations humanistes, Pascal Lamy, Commissaire européen au commerce extérieur, déclarant : « La santé passe avant le profit ». Des centaines de milliers de vies sont en cause, mais pour la Commission européenne, les profits plantureux des industries pharmaceutiques doivent être protégés à tout prix.

---

**1.** Bayer a le brevet sur le Cipro capable de traiter le charbon.

**2.** Aspect des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce

---

## Références :

Raoul-Marc Jennar « Accès aux médicaments : le profit passe avant la santé » [www.urfig.org](http://www.urfig.org)

James Love « L'Europe et les Etats-Unis prolongent l'apartheid sanitaire » *Le Monde Diplomatique*, mars 2003.

Martine Devries

Médecin généraliste

Résumé : Dans son livre *Les malades en mouvements*, Janine Barbot, sociologue à l'Inserm, analyse l'action des associations de lutte contre le Sida au sein du groupe Traitement et recherche thérapeutique (TRT 5).

# Les malades en mouvements

Entretien avec  
Janine Barbot

Sociologue

**Pratiques : Vous avez donné pour titre à votre livre *Les malades en mouvements*. Comment s'est manifestée l'action des associations de lutte contre le sida dans le domaine très fermé de la recherche et quelle est l'histoire de cette mobilisation ?**

**Janine Barbot :** Mon travail concernait la manière dont les associations constituées autour de pathologies s'engageaient dans la recherche clinique, la mise au point de nouvelles molécules et l'accès aux médicaments pour les patients. On peut repérer des transformations majeures depuis le début du siècle (la Ligue contre le cancer est née en 1916). Dans une première étape, les associations sont des ligues philanthropiques souvent parrainées par des femmes du monde, des personnalités médicales et politiques. Elles s'engagent dans de grandes actions de collecte de fonds destinés à la recherche et aux soins, et délèguent aux chercheurs et aux experts du médicament le soin de mettre en place des protocoles et d'évaluer les résultats. A partir des années 50, s'est amorcée une transformation liée aux progrès thérapeutiques et à l'implication des malades et de leurs familles dans des associations constituées autour de pathologies chroniques (le diabète et l'hémophilie). Elles demandent aux médecins de mieux prendre en compte le vécu quotidien des malades et permettent que la parole du malade soit reconnue et portée publi-

quement pour améliorer la qualité des soins. Ces associations restaient malgré tout à distance de la fabrique du médicament et de sa mise à disposition. Elles étaient auxiliaires ou relais des autorités médicales attestées sur le sujet. A partir des années 1980-90, se créent des associations qui s'engagent vraiment sur le terrain de la recherche et de l'élaboration des médicaments. L'AFM (Association française contre les myopathies) a agi sur la constitution de données sur les maladies rares, peu investies par les chercheurs. Les associations de lutte contre le Sida ont plutôt agi sur la recherche thérapeutique en revendiquant une parole légitime sur ces questions, en se posant comme interlocuteur des firmes pharmaceutiques, des pouvoirs publics et des autorités d'enregistrement des molécules. L'engagement associatif vis-à-vis de la recherche a en même temps promu une diversité d'approches militantes. Malgré cela, on voit en 1992 se faire une coalition inter associative, le groupe TRT 5 (Action traitement, Act Up Paris, Aides, Arcat Sida et Vaincre le Sida). Ce collectif réunit des figures militantes différentes entretenant parfois des rapports tendus, pas toujours faciles, mais il a essayé de construire ce qui pouvait être l'intérêt du patient vis-à-vis de la recherche et du médicament selon un double enjeu : agir sur un domaine nouveau dans le cadre du militantisme en santé, et agir avec la diversité des manières de penser le problème.

*Les malades en mouvements.*  
La médecine et la science  
à l'épreuve du Sida,  
Janine Barbot,  
Ed. Balland, 2002.



### **Le collectif TRT 5 a-t-il vraiment pesé sur la recherche ?**

Au début des années de l'épidémie, les rapports étaient tendus entre les malades et les autorités médicales et scientifiques par crainte d'une stigmatisation de l'homosexualité. D'autre part, le recours au placebo dans les essais cliniques était inacceptable pour des militants qui voyaient comme une urgence absolue l'accès direct et rapide au traitement. Le malade, objet de recherche se posait comme sujet de recherche. L'Agence nationale de recherche contre le Sida créée en 1989 souhaitait éviter que se développe un climat de suspicion autour de la recherche et pratiquait une culture de la transparence. C'est dans cette dynamique que le collectif a agi. Il a fait du lobbying auprès de l'ANRS et de l'industrie pharmaceutique pour que l'intérêt des malades soit mieux pris en compte dans les essais cliniques, a travaillé sur la possibilité de sortir des essais ; il a négocié les contraintes imposées aux patients quand elles étaient liées à des considérations financières ou d'organisation. Il a plaidé pour que l'application de règles méthodologiques trop strictes ne se fasse pas au détriment des malades. Avec les firmes, le jeu était complexe, car la revendication de nouvelles molécules pouvait entraîner le risque d'être instrumenté par elles, et le collectif en était très conscient. Les associations ont aussi mis à la disposition du public des malades et de leurs médecins une masse d'informations sur les possibilités d'accès aux molécules avant leur Autorisation de mise sur le marché (AMM) et ont aidé à formaliser les procédures d'accès compassionnel aux traitements en cours d'évaluation. Cette mobilisation ne s'est pas figée. Au début, deux blocs opposés se confrontent : d'un côté les spécialistes qui estiment que les associations ne sont ni compétentes ni légitimes pour aborder des questions d'ordre scientifique, et de l'autre, les associations qui trouvent que les méthodes vont complètement à l'encontre de l'intérêt des patients. Cette situation va évoluer et l'on assiste à la mise en

place d'un système d'apprentissage de l'univers des uns et des autres. Aujourd'hui les associations n'agissent plus sur le médicament comme dans les premières années, dans un contexte d'urgence avec peu de molécules pas très efficaces. Elles ont intégré l'existence de molécules plus efficaces et se posent de nouvelles questions.

### **Quel est l'objectif aujourd'hui de l'activisme thérapeutique ?**

Les associations ont su recréer du sens à leur mobilisation, notamment en s'attaquant à la publicité des firmes pharmaceutiques sur leurs produits, à la mise en place de la pharmacovigilance, en exigeant des firmes qu'elles s'intéressent à la gestion des effets secondaires des médicaments. En se posant comme acteur de l'éducation du patient, si on a des molécules plus efficaces, une de nos responsabilités est d'être le « porte-parole du médicament » dans l'intérêt du patient et non du produit. Il s'agit de traduire les exigences du médicament auprès du patient, mais en étant aussi le porte-parole de celui-ci pour qu'on ne considère pas que la recherche est terminée et qu'on doit accepter les contraintes que le traitement impose. Dans un contexte de progrès thérapeutique, les associations se sont données pour mission d'être les porte-parole de ceux pour qui ça ne marche pas ou plus, de ceux qui, pour des raisons diverses, ont des difficultés à se plier à des traitements ou à satisfaire à des contraintes trop importantes. Lors du tournant thérapeutique, la mobilisation aurait pu faiblir et les associations se transformer en auxiliaires du progrès médical, en représentants du « langage patient » d'autant que la demande des firmes d'avoir des groupes d'experts de patients allait dans ce sens. Elles ont su redéfinir un point de vue militant et il est frappant de constater que d'autres pathologies ont pu bénéficier de ces expériences et de ces modes d'action élaborées dans le cadre de la lutte contre le Sida.

**Propos recueillis par Elisabeth Lapeyrade**

Résumé : L'emprise des firmes et les insuffisances de l'Assurance maladie rétrécissent les possibilités des soignants et des patients.

# Un costume trop étroit

Anne-Marie Paboïs

Médecin généraliste

Vous n'en avez pas assez, vous, qu'on vous impose un costume de plus en plus étroit ? Moi, si, j'étouffe pour nous. Naguère, je consommais très peu de médicaments (et de médecin) : je me débrouillais et trouvais souvent remède à mes misères : j'avais un costume à ma mesure.

*Bon, évidemment, en ces temps anciens, beaucoup mourraient de maladie et, à 60 ans, on était vieux tout comme... tenez en Russie actuellement.*

Vint la période glorieuse où plus au large avec la Sécurité sociale, je crus que santé rimait avec médicaments : « tristesse, stress, problèmes divers au travail ou à la maison, tout nous intéresse » déclaraient firmes pharmaceutiques et médicastres. « Assurés donc remboursés, une pilule et à vous le bonheur universel et éternel ».

*Bon, évidemment, l'universel, c'est pas l'Afrique ni l'Amérique latine qui n'ont même pas les médicaments essentiels à bas prix. Vous saviez qu'on ne peut pas avoir tout gratuit, ça casserait le marché mondial même en échange de leurs plantes médicinales ?*

Et puis, tout s'accéléra : un matin, je donnais la moitié de mon costume pour combler le trou de la Sécu.

*Bon évidemment, une cotisation qui grossit pour se payer trois fois rien de médicament, ça commence à faire juste, mais comment tous se soigner sans la Sécu, universelle et solidaire qu'elle est.*

Les jours suivants, j'étais à moitié couvert, coupable d'user la Sécu avec les médicaments maintenant classés en « vrais, bons, pour le plaisir, superflus, pour le panier ou le filet ».

*Bon, évidemment, il reste les essentiels, mais un médicament, c'est un produit qui guérit, améliore*

*ou calme uniquement pour ceux qui peuvent se le payer ? « Seul le Privé vous habille large : chacun pour soi et médecins à foison » L'universel a besoin de complémentaire ?*

Alors je suis sortie de ma torpeur : non, on ne m'imposera pas ce costume étriqué, du chacun pour soi et que les autres s'habillent avec mes restes. Qui a profité de ma Sécu universelle et solidaire ? Qui décide que je n'en veux plus ? Stop : moi je veux ma Sécu et des médicaments essentiels pour tout l'univers.

*Bon évidemment, la santé, pour nous, c'est pas que les soins : il faut se responsabiliser, bien manger équilibré sans produits chimiques.*

Tout content dans mon costume tout blanc, je pris mon panier pour faire mon marché. Horreur ! D'aliments, il n'en existait plus : il n'y avait que des médicaments (payants bien entendu).

*Bon évidemment, le marché des médicaments, c'est pas assez libéral pour les firmes, les pilules gobées directement c'est plus rentable et les médicaments, c'est le top : la margarine qui tue le cholestérol, les vitamines et la DHEA qui vous transforme en Faust éternellement jeune.*

De la production à la consommation, les firmes pharmacophytosemencières règnent sur le marché mondial et imposent leur modèle pseudo scientifique : seul compte le corps biologique. L'individu se défait de son corps social et culturel contre espèces sonnantes. Transformé en consommateur, il perd son identité collective en croyant en la magie des médicaments et des aliments capables de le sauver de la mort. Les firmes pharmacophytosemencières ligotent l'individu, à quand le réveil collectif ?

# Des ordonnances sous contrôle

*Le docteur Jean-Pierre Dio, médecin généraliste actuellement retraité, a été sollicité, en 1995, par la revue Union Fédérale des Consommateurs/Que Choisir pour confectionner sous son nom, des ordonnances factices émaillées d'erreurs et présentées par des malades fictifs à de vrais pharmaciens d'officine pour tester leur vigilance, tactique habituelle à cette organisation de consommateurs. Après le mauvais score réalisé par ses ouailles, le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens, bien dans sa fonction de formation continue, leur envoya immédiatement une circulaire sur leur rôle de vigiles. Par contre, bien que les médecins ne soient pas concernés directement par cette affaire, le docteur Dio fut blâmé par les instances médicales ordinales au prétexte d'attitude propre à déconsidérer la profession médicale et les liens existant entre celle-ci et les pharmaciens. L'Ordre des médecins invoqua même que le fait de « ne pas se soucier du devenir de ses ordonnances » était antidéontologique ! Mais le 31 décembre 2001, grande première, le Conseil d'État annulait la sanction disciplinaire nationale : le docteur Dio n'avait pas commis de faute déontologique.*

## **Avoir le droit**

De l'affaire *Union Fédérale des Consommateurs/Que Choisir* de 1985, il reste quelques bases simples entraînant des directions d'action tout aussi simples.

Premièrement, les consommateurs ont le droit de contrôler ce que font leurs prestataires de services dans le domaine sanitaire, sans le droit, pour eux-

mêmes, de faire n'importe quoi ; deuxièmement, les pharmaciens n'ont pas le droit de faire n'importe quoi en délivrant des médicaments et n'ont pas le droit de se plaindre du principe de contrôle par les consommateurs ; troisièmement, les médecins sont les responsables principaux (au sens étymologique et au sens courant du mot) des délivrances dangereuses de médicaments, ils n'ont pas le droit de se soustraire au contrôle des consommateurs, c'est-à-dire de ceux et celles dans l'intérêt desquels ils sont supposés agir.

Une illustration en est venue récemment d'un travail d'analyse, par les médecins de la CNAM, des ordonnances des médecins, où il s'est trouvé pendant la période considérée 6 500 ordonnances de médecins comportant l'antique incompatibilité ergot de seigle/macrolides potentiellement mortelle (une des ordonnances-test de l'enquête *Que Choisir*).

## **Une nécessité déontologique**

Les droits des consommateurs ? Ils sont assez grands pour s'en occuper eux-mêmes et n'ont pas besoin des médecins pour parler à leur place. La déontologie médicale doit intéresser les médecins puisque élaborée par eux « au service du malade ». Les acteurs sanitaires que sont entre autres les médecins, ne peuvent être à la fois prescripteurs et contrôleurs exclusifs de la qualité de leurs propres prescriptions. Leur appliquer un contrôle extérieur, élaboré par les consommateurs, n'est ce pas une nécessité déontologique ?

**Jean-Pierre Dio**

*Médecin généraliste*

Résumé : Le calendrier vaccinal évolue, il est très différent en France et aux États-Unis. L'auteur s'étonne avec ironie et inquiétude que rien des recommandations ne soit argumenté, ce qui le fait douter du sérieux des experts.

# Calendrier vaccinal

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Longtemps, j'ai été irrité par le sans-gêne des producteurs de vaccin. Depuis quelques années, je profite de chacune de leurs nouvelles interventions pour rire avec mes amis de leur culot. De même que certains cinéphiles attendent le dernier Godard ou le dernier Scorsese ou que d'autres attendent le Beaujolais nouveau, j'attends les calendriers vaccinaux français et américains pour y chercher des pépites et je ne suis jamais déçu. La drôlerie du calendrier vaccinal français 2003 (BEH n° 6 2003) et celle du *Recommended childhood and adolescent immunization schedule, United States 2003* (*Pediatrics*, janvier 2003) ne peuvent être pleinement perçues qu'à condition de comparer ces 2 calendriers entre eux et d'autre part de se souvenir de ce qu'étaient les recommandations il y a quelques années.

## La vaccination contre la coqueluche

Le BEH nous dit la primo vaccination doit être pratiquée préférentiellement avec le vaccin à germes entiers (souligné en gras dans le texte) et ajoute « Cependant les vaccins acellulaires peuvent être utilisés. » Aux États-Unis, le vaccin acellulaire est conseillé en primo vaccination et

aucune mention n'est faite de la possibilité d'utiliser un vaccin à germes entiers. En 1995, le calendrier vaccinal américain nous informait qu'un vaccin associant diphtérie tétanos et coquelucheux acellulaire est commercialisé pour les 4<sup>e</sup> et/ou 5<sup>e</sup> injection chez les enfants de plus de 15 mois.

Ce qui est commun aux 2 calendriers, c'est que les experts n'expliquent ni les raisons de leurs recommandations ni les raisons des changements.

## La vaccination contre l'hépatite B

Aux États-Unis, le calendrier propose et encourage la vaccination à la naissance avant que le nouveau-né ait quitté la maternité. Cette proposition est très sommairement argumentée ainsi : 1) certaines femmes ont pu être considérées à tort comme séronégatives et la vaccination de tous permet une sécurité par rapport aux erreurs du dépistage ; 2) cette vaccination protège les enfants qui vont rentrer dans une maison où il y a un porteur du virus autre que la mère ; 3) en commençant très tôt, on a plus de chances d'avoir fini tôt et ainsi d'avoir la possibilité de vac-



ciner tous les enfants contre la grippe entre 6 mois et 24 mois. En France, alors même que la vaccination a été promue, avec des excès très largement reconnus, les experts n'évoquent pas la vaccination en maternité. L'argumentation américaine est très peu convaincante, mais elle n'est quand même pas totalement stupide. Pourquoi les experts français ne parlent-ils pas de cette possibilité, quitte au besoin à la récuser ? Considérant qu'il y a une possibilité de vacciner en même temps contre DTCoq Polio, Hémophilus et Hépatite, les experts français préconisent « pour les nourrissons dont les parents préfèrent que la vaccination contre l'hépatite B soit faite en même temps que les autres vaccins par une seule injection » le schéma suivant : à 2 mois, vaccin hexavalent ; à 3 mois, pentavalent ; à 4 mois, hexavalent et 16 à 18 mois hexavalent. Ainsi, l'enfant recevrait un vaccin contre l'hépatite B à 2 mois, 4 mois et 16 à 18 mois. Quelques lignes plus haut, ces mêmes experts expliquaient qu'il faut un intervalle compris entre cinq et douze mois entre la deuxième et la troisième injection. En préconisant une troisième injection entre 16 à 18 mois, soit 12 ou 14 mois après la seconde injection, ils montrent qu'ils ne prennent pas eux-mêmes très au sérieux l'intervalle de 1 an qu'ils signalaient comme limite supérieure. Il est intéressant de signaler que les experts français préconisaient jusqu'à une vaccination en 4 injections suivie d'un rappel tous les 5 ans ce qui, à l'âge de 65 ans, faisait 15 injections.

#### Varicelle et tuberculose

Il ne viendrait à l'esprit de personne d'envisager sous une même rubrique deux maladies aussi différentes. Pourtant, elles ont en commun d'être systématiques dans un pays et totalement passées sous silence dans l'autre. Le vaccin contre la varicelle existe depuis plus de 20 ans : aux États-Unis, les experts recommandent ce vaccin de façon systématique et sans proposer aucune réflexion complémentaire, c'est comme ça et pas

autrement ; en France, les experts n'en parlent pas. Tous les enfants américains doivent être vaccinés ; aucun enfant français ne doit y penser, ce sont les experts qui le disent. La vaccination contre la tuberculose n'est pas évoquée aux États-Unis, en revanche en France, comme c'est écrit dans le tableau synoptique du BEH « La vaccination contre la tuberculose est obligatoire chez les enfants accueillis en collectivité, incluant la garde par une assistante maternelle. L'épreuve tuberculinique doit être pratiquée 3 à 12 mois plus tard ». Mais dans le corps de l'article, on ne parle pas d'épreuve, mais de contrôle. La phrase employée est identique sauf pour ce mot. « La vaccination contre la tuberculose est obligatoire chez les enfants accueillis en collectivité (y compris chez une assistante maternelle) suivie 3 à 12 mois plus tard d'un contrôle tuberculinique. Si ce contrôle est positif, il n'est pas nécessaire de réaliser un autre contrôle avant l'âge de 11-13 ans. » S'agit-il d'une épreuve ou d'un contrôle ? Tout le monde sait que le BCG n'est pas un vaccin idéal ; pendant longtemps, on a cru et plus tard on a voulu laisser croire, que les réactions cutanées à la tuberculine permettaient de vérifier si un individu vacciné avait ou non réagi et s'il était ou non protégé. Depuis plus de 20 ans, la distinction entre allergie et immunité est claire dans l'esprit de tous ou du moins dans l'esprit de tous ceux qui veulent aborder la question de façon rationnelle. Pour des experts, parler de ce sujet en évitant de dire clairement la vérité est une réelle épreuve. Leur inconscient a voulu dire que continuer à entretenir la confusion est une épreuve pour des gens honnêtes.

#### La grippe

En France, le vaccin n'est recommandé qu'après 65 ans et chez certaines catégories de personnes à risque du fait de pathologies préexistantes. Aux États-Unis « le vaccin est recommandé chaque année aux enfants de plus de 6 mois présentant certains facteurs de risque incluant, mais non limité à asthme, maladie cardiaque, drépanocy-



tose, SIDA, diabète et présence au foyer de personnes à risque ; le vaccin peut aussi être administré à tous les autres enfants souhaitant être immunisés. De plus, les enfants de 6-23 mois en bonne santé doivent être encouragés à recevoir le vaccin antigrippal si cela est possible, car les enfants de ce groupe d'âge ont un risque plus élevé de devoir être hospitalisés s'ils font la grippe ». Notons que si un enfant est vacciné à un an et s'il est vacciné tous les ans, il aura reçu 65 vaccins antigrippaux à 65 ans, ce qui est 5 fois plus que le nombre de vaccins antihépatite B que nos experts français préconisaient au temps de leur enthousiasme (leur irresponsabilité ?) vaccinale.

### Le pneumocoque

Aux États-Unis, le vaccin est recommandé chez tous les enfants sans explication particulière. En France, il est « fortement recommandé chez les enfants ayant asplénie, drépanocytose, SIDA ; déficit immunitaire traitement immunosuppresseur, brèche méningée, diabète » et il est « également recommandé pour les enfants de moins de 2 ans exposés à un ou des facteurs de risque lié(s) au mode de vie identifiés dans la littérature : enfants gardés plus de 4 heures par semaine en compagnie de plus de deux enfants en dehors de la fratrie, enfant ayant reçu moins de 2 mois d'allaitement maternel, enfant appartenant à une fratrie d'au moins 3 enfants (d'âge préscolaire). » On remarque que, alors que pour le BCG, il y a indication lorsque l'enfant va chez une assistante maternelle ; pour le pneumocoque, les indications sont beaucoup plus nuancées, tout semble sérieux scientifique mesuré évalué. Et pourtant, la phrase fratrie d'au moins 3 enfants (d'âge préscolaire) suffit pour comprendre qu'on est dans le pseudo. Pseudo scientifique ; pseudo rationnel ; pseudo précis. En effet, si 3 enfants jeunes sont un facteur de risque, pourquoi ne pas dire

3 enfants de moins de 5 ans ou de moins de 4 ans ? Et par rapport à l'allaitement maternel, ces experts nous disent sans citer leurs sources qu'au-dessous de 2 mois d'allaitement maternel, il faut considérer l'enfant comme à risque. Imagine-t on une femme à laquelle son médecin dirait ou bien vous continuez à allaiter jusqu'à 2 mois ou bien je pique votre enfant ? Ne pourrait-on pas considérer l'allaitement comme une pratique souhaitable à encourager sans fausses menaces et sans fausses promesses ? Et si des gens ont l'extraordinaire impudeur de s'avancer dans un domaine qui devrait être sacré, qu'au moins ils nous montrent des publications et des travaux qui prouveraient qu'ils ne disent pas n'importe quoi.

En commençant ce texte, je disais que ces recommandations souvent bâclées me font rire ; c'est vrai. Mais en les rédigeant pour vous en parler, je me rends compte que ça n'a rien de drôle. Les enfants, qu'ils soient américains ou français, devraient avoir la possibilité d'être vaccinés contre la tuberculose si c'est utile ou contre la varicelle ou contre le pneumocoque, en fonction de leurs besoins en fonction de leur intérêt, en fonction des risques, sérieusement évalués, qu'ils courent. Les divergences et les revirements font penser que les experts ne sont pas toujours sérieux ensemble de chaque côté de l'Atlantique. Ce qui reste amusant dans les deux cas, c'est le ton employé par les experts et qui est celui d'Alain Delon parlant d'Alain Delon à la troisième personne. Les experts ne disent jamais nous pensons ou nous recommandons. Ils disent pour les Américains « varicella vaccine is recommended » ou « hepatitis A vaccine is recommended », mais ce sont les experts français qui se rapprochent le plus du modèle Delonien lorsque le conseil supérieur d'hygiène publique de France écrit « Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a recommandé la vaccination systématique... »

Résumé : Au fil des années, l'industrie pharmaceutique et son contexte économique évoluent, la réglementation supposée encadrer la publicité se complète, mais les bilans du Réseau d'observation de la visite médicale, mis en place par la *Revue Prescrire*, sont toujours aussi accablants.

# Visite médicale : non, merci !

Dès sa première année d'existence, et depuis 22 ans, la revue *Prescrire* a régulièrement abordé la question de la visite médicale, c'est-à-dire la visite des représentants des firmes pharmaceutiques auprès des professionnels de santé, en particulier auprès des prescripteurs, dans le but de leur apporter des informations sélectives sur les médicaments dont ces firmes souhaitent faire la promotion.

En 1990, la revue *Prescrire* lançait le mot d'ordre « Une année sans VM » <sup>(1)</sup>, et elle disait en 1999 « Adieu à la visite médicale » <sup>(2)</sup>. Son courrier des lecteurs a toujours été riche en réactions et en prises de position des professionnels de santé devant les informations outrancières, les dérapages et les dérives constatés dans le cadre de la visite médicale.

## Le Réseau d'observation de la visite médicale

Le Réseau d'observation de la visite médicale de la revue *Prescrire* s'est mis en place en 1990 <sup>(3)</sup>. Les médecins observateurs doivent remplir une fiche si on leur présente un nouveau médicament ou si on leur annonce une « nouveauté » ou une « innovation » à propos d'un médicament déjà commercialisé.

Les observations transmises durant ces 12 dernières années montrent que les méthodes de la visite médicale n'ont manifestement pas changé, et qu'il ne s'agit en aucun cas d'une source d'information fiable sur les médicaments et les thérapeutiques.

Une synthèse comportant un bilan chiffré du Réseau a été publiée en 1999 <sup>(4)</sup>. On y trouve l'histoire de la création de ce réseau sentinelle composé d'abonnés à la revue, une description des méthodes de recueil des observations, et le bilan qualitatif et quantitatif de ses 8 premières années d'activité.

Pour résumer ce bilan :

- l'information apportée par les discours des visiteurs médicaux est le plus souvent biaisée : modifiant ou élargissant les indications thérapeutiques officielles des médicaments présentés (dans 20 % des observations en moyenne chaque année) ; visant à faire déraiper les posologies à la hausse (dans 10 % en moyenne) ; et surtout minimisant les risques potentiels du traitement (dans 75 % des observations) ;

- au mépris de la réglementation, le résumé officiel des caractéristiques du produit (RCP) n'est pas remis dans 16 % des observations ; et surtout, les conclusions comparatives de la Commission de la transparence (avec sa cotation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) n'est quasiment jamais remis (95 % des observations en 1998) <sup>(4)</sup>.

Jacques Juillard

Médecin généraliste

Président de l'Association  
Mieux Prescrire  
et directeur de la publication  
de la Revue Prescrire





### Le Réseau poursuit inlassablement ses observations

Depuis, le Réseau d'observation a poursuivi son travail. Les fiches d'observation continuent à « remonter » de toutes les régions de la France. Ces fiches constituent une source précieuse d'informations pour les équipes « Médicament » de la rédaction de la revue *Prescrire* ; elles alimentent la rubrique régulière « Échos du Réseau ». Les animateurs du Réseau regroupent en outre les fiches par année de collecte, et établissent des bilans réguliers pour tenter de discerner des évolutions dans le comportement des visiteurs. Le dernier bilan a été publié en mars 2003 <sup>(5)</sup>.

Durant ces 12 dernières années, les observateurs se sont relayés. Mais leur nombre (plusieurs dizaines en permanence), leur répartition (de façon homogène dans toutes les régions de France métropolitaine), leur concentration en médecine générale (les fiches transmises par des observateurs pharmaciens ou hospitaliers se traitent à part) n'ont pratiquement pas changé.

### La réalité est probablement pire que le constat du Réseau

Année après année, ce qui caractérise le plus les observations des membres du Réseau, c'est leur étonnante constance : à l'évidence, le discours des visiteurs médicaux ne transmet pas une vision objective des éléments d'évaluation des médicaments ; ceux-ci sont systématiquement présentés sous un jour favorable, allant jusqu'à nier tout effet indésirable pourtant connu ; et cela ne s'arrange pas ni ne se détériore au fil des années.

Ce constat est d'autant plus alarmant que le bilan du Réseau d'observation doit être compris comme un reflet probablement optimiste de la réalité. Il y a en effet tout lieu de penser que, malgré la confidentialité qui entoure les membres du Réseau, bon nombre d'observateurs ont été repérés (et « fichés ») comme étant des « petits prescripteurs », et/ou se déclarant « abonnés à la revue *Prescrire* », et/ou « posant tout le temps des questions et demandant des preuves », etc. Il est donc probable que le comportement des visiteurs vis-à-vis du sous-groupe des praticiens membres du Réseau soit une sorte de profil « soft » de la visite médicale. Pour l'ensemble des prescripteurs, et particulièrement ceux réputés « gros prescripteurs », la situation doit être bien pire ; ne serait-ce que pour les cha-

pitres « cadeaux » et « proposition d'études rémunérées ».

### Ensemble, disons « non, merci ! »

Dans la revue *Pratiques*, née quelques années avant la revue *Prescrire*, on pouvait lire dès le numéro 1 : « (...) la Commission [Médicaments du Syndicat de la Médecine Générale] a abordé des thèmes d'actions ayant un champ concret d'application : lutte contre la publicité médicale des laboratoires pharmaceutiques quels qu'en soient les aspects et lutte pour une promotion d'une information médicale objective indépendante des intérêts d'argent.

Dans les faits sont proposés les moyens suivants : refus de la visite médicale en tant que telle dans sa conception actuelle (...) ; refus de toutes les formes de cadeaux publicitaires faits par les laboratoires pharmaceutiques allant du simple gadget au week-end de "formation" » <sup>(6)</sup>.

Depuis longtemps, le Syndicat de la Médecine Générale et la revue *Prescrire* ont dit « Non merci ! » aux cadeaux intéressés et à l'information biaisée des firmes pharmaceutiques. La « tradition » de la visite médicale en est l'aspect le plus caricatural, avec tous ses prolongements (participation financière à la formation professionnelle, publicité rédactionnelle sous toutes ses formes, etc.). Il ne s'agit pas là d'un refus de principe, mais bien de choisir ses sources d'information, en toute conscience, pour ne pas prescrire sous influence.

1. *Prescrire* Rédaction « Une année sans VM » *Rev Prescr* 1990 ; 10 (99) : 329.

2. *Prescrire* Rédaction « Adieu à la visite médicale » *Rev Prescr* 1999 ; 19 (193) : 223.

3. La participation au Réseau des abonnés à la revue *Prescrire* est personnelle, volontaire et bénévole. La durée d'activité est en général de 1 à 2 ans. Au bout de cette période, la plupart des observateurs demandent à quitter le Réseau, de façon à ne plus recevoir les visiteurs médicaux...

4. *Prescrire* Rédaction « Visite médicale : le bilan accablant du Réseau d'observation de la visite médicale » *Rev Prescr* 1999 ; 19 (193) : 226-231.

5. *Prescrire* Rédaction « Le bilan du Réseau d'observation de la visite médicale est toujours aussi accablant » *Rev Prescr* 2003 ; 23 (237) : 225-227. Ce bilan, et d'autres éléments sur la visite médicale, sont en accès libre sur le site Internet [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).

6. « Compte rendu du congrès constitutif du Syndicat de la Médecine Générale » *Pratiques* 1975 ; (1) : 13.

Résumé : Sous l'influence du lobbying des industriels et sous l'égide de la « Direction générale Entreprises » de la Commission européenne, des modifications dangereuses de la réglementation européenne du médicament ont été présentées en 2002 au Parlement européen. Le Collectif Europe et Médicament s'est constitué pour lutter contre ces projets et obtenir une évolution favorable de la réglementation. Voici résumés les principaux éléments nécessaires pour comprendre les enjeux, et les principaux épisodes de ce combat politique en cours. Un dossier complet peut être consulté sur le site Internet [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).

# Collectif Europe et Médicament

La politique du médicament des pays de l'Union européenne se décide désormais au niveau européen. Dans les années 1970, l'Europe du médicament s'est développée de façon harmonieuse : marchandises industrielles, les médicaments devaient néanmoins alors s'inscrire dans une perspective de santé publique. Lors de son entrée en activité, en 1995, l'Agence Européenne du Médicament, EMEA\* (Les astérisques suivant certains termes renvoient à l'encadré de la page 60), devait notamment, selon ses attributions, favoriser l'information des professionnels et des patients.

## La Commission européenne sous l'influence de l'industrie pharmaceutique.

Il y a loin des principes à la réalité. Et les modifications de la réglementation européenne du médicament que cherchent à faire adopter, depuis quelques mois, les industriels et leurs alliés de la Direction Entreprises de la Commission européenne\*, sont très inquiétantes. Ces propositions de modifications portent principalement sur :

- la facilitation des AMM\* : délais plus courts, maintien d'une évaluation non comparative des médicaments, suppression de leur réévaluation quinquennale, facilitation de l'AMM par reconnaissance mutuelle\* ;
- le maintien d'une pharmacovigilance minimaliste et confidentielle ; le maintien d'une limitation de l'accès à l'information sur l'évaluation des médicaments ;
- un allongement de la durée de protection des données, retardant la commercialisation de « génériques » ;
- une extension de la publicité grand public à des médicaments de prescription.

## Le Collectif Europe et Médicament.

Le Collectif Europe et Médicament, constitué le 20 mars 2002 à Paris, s'est fixé pour objectif d'informer toutes les personnes concernées par la politique du médicament en Europe, et de présenter des amendements aux propositions de Directive\* et de Règlement\* de la Commission européenne\*.

Jacques Juillard

*Médecin généraliste*

*Président de l'Association Mieux Prescrire et directeur de la publication de la Revue Prescrire*

**Collectif Europe et Médicament**  
Tél. : 05 65 29 13 08  
et 06 73 00 15 40  
[europedumedicament@free.fr](mailto:europedumedicament@free.fr)  
**Pétition Que Choisir**  
[www.quechoisir.org/Actu\\_2409.html](http://www.quechoisir.org/Actu_2409.html)  
**Prescrire**  
[www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)



## En bref : L'Europe du médicament, comment ça marche ?

Le **Conseil européen** (chefs d'états + ministres des affaires étrangères) a un rôle d'impulsion et d'orientation.

La **Commission européenne** assure l'initiative législative. Elle est aussi l'organe exécutif. Elle prépare, au niveau de chaque « Direction générale » concernée, les textes qui seront présentés au débat et au vote du Parlement européen (c'est la « **Direction générale Entreprises** », et non la « **Direction générale Santé et protection des consommateurs** », qui a la responsabilité des projets de modification actuels sur la réglementation du médicament). L'**autorisation de mise sur le marché (AMM)** européenne par la **procédure centralisée** est accordée par la Commission européenne, après instruction du dossier par l'**Agence européenne du médicament (EMA)** et sur l'avis de la **Commission d'autorisation de mise sur le marché européenne (CPMP)**. L'**AMM par reconnaissance mutuelle** est accordée par les agences nationales du médicament des États membres sur la base d'une AMM initiale accordée par un des États membres.

Le **Parlement européen** a un pouvoir législatif partagé avec le **Conseil de l'Union européenne** (composé des ministres du domaine concerné), le processus de co-décision pouvant nécessiter plusieurs aller-retour des textes entre les deux instances.

Un **règlement européen** a une portée générale ; il a un caractère obligatoire et il est directement applicable dans tout État membre. Une **directive européenne** comporte la description détaillée d'un résultat à atteindre, la forme et les moyens étant laissées à l'appréciation des instances nationales.

Sa démarche est guidée par quelques grandes lignes : le médicament n'est pas un produit de consommation banal ; une réduction de 210 à 150 jours du délai d'examen des dossiers de demande d'AMM ne permet pas de garantir une expertise de qualité ; l'absence de réévaluation régulière des médicaments n'est pas concevable au rythme où évoluent les connaissances scientifiques ; une pharmacovigilance passive et opaque n'est pas une véritable garantie de sécurité. Selon

le Collectif, trois principes fondamentaux sont à renforcer dans la Directive :

- le principe de transparence vis à vis des professionnels et des patients ;
- le principe d'indépendance (en particulier de l'EMA\* par rapport aux firmes) ;
- le principe d'harmonisation par la procédure d'AMM centralisée\*.

Le Collectif s'est rapidement mis à l'œuvre : publications, conférences de presse, information

personnalisée auprès de nombreux parlementaires européens et nationaux, extension de son action aux autres pays européens. Il s'est progressivement renforcé, regroupant une soixantaine d'associations ou organismes : organisations familiales et de consommateurs, associations de malades, organismes d'assurance maladie et organisations de professionnels de santé parmi lesquels l'Association Mieux Prescrire et le Syndicat de la Médecine Générale.

### **Un premier succès : les parlementaires européens ont choisi la santé publique en première lecture.**

Le 23 octobre 2002, les députés européens ont rejeté l'essentiel du projet de Directive\* et de Règlement\* sur le médicament à usage humain concocté par la Direction Entreprises\* de la Commission européenne\*. Leurs votes approuvent en particulier : des essais cliniques plus éthiques et plus proches des conditions réelles d'utilisation des médicaments ; un non-assouplissement des procédures d'AMM, avec un temps incompressible d'analyse scientifique des données, une réévaluation obligatoire et comparative après cinq ans ; une pharmacovigilance accrue et rendue publique ; des améliorations de la transparence et de l'accès aux données ; davantage d'indépendance dans le fonctionnement de l'EMA\* ; davantage d'information du public, mais pas de publicité directe pour les médicaments de prescription.

### **Les décisions finales sont pour 2003.**

Lors de sa session du 2 décembre 2002, le Conseil européen des ministres\* (pour l'occasion, de la santé), impliqué dans la procédure de codé-

cision\*, a commencé par examiner le projet de Règlement. Les ministres sont parvenus à une position consensuelle sur quelques points seulement (dont le principe important de la réévaluation à cinq ans des AMM) et ont renvoyé la suite des travaux au prochain Conseil qui se tiendra les 2 et 3 juin 2003, sous la présidence grecque de l'Union. La Commission européenne\* a présenté ensuite une contre-proposition de Règlement, repoussant plus de 50 amendements du Parlement, dont certains sont pourtant essentiels à l'intérêt des patients. Son argumentation est souvent inconsistante et parfois tendancieuse.

La présidence grecque de l'Union européenne est pressée par la Commission européenne et par la Fédération des industries du médicament pour que la nouvelle réglementation européenne du médicament aboutisse avant l'élargissement de l'Union en 2004.

### **Poursuivre l'action.**

Dans ces conditions, il est possible et plus que jamais nécessaire d'agir. Le Collectif Europe et Médicament a assuré la pérennité de sa coordination et de ses moyens matériels en créant une association pour l'année 2003, éventuellement reconductible. Les organismes et associations qui souhaitent rejoindre le Collectif peuvent contacter Antoine Vial, Collectif Europe et Médicament [europedumedicament@free.fr](mailto:europedumedicament@free.fr).

Une pétition destinée au grand public est diffusée par des associations françaises de consommateurs et peut être signée à l'adresse [www.quechoisir.org/Actu\\_2409.html](http://www.quechoisir.org/Actu_2409.html).

Le dossier complet de l'action du Collectif, de ses tenants et aboutissants, est régulièrement actualisé sur le site Internet [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).



Résumé : l'auteure s'interroge sur la complexité des fondements de la suspicion largement partagée aujourd'hui envers la science et les scientifiques qui travaillent sur les techniques de clonage. Elle dénonce l'amalgame entre les dérives eugénistes de certaines sectes et du nazisme d'une part et d'autre part, les travaux actuels que mènent scientifiques et médecins qui devraient faire l'objet de débats éclairés.

# Clonage, l'ère du double, l'ère du trouble

Monique Sicard

Chercheur au CNRS en histoire  
et esthétique de l'image  
et du regard

Les récents débats sur la question du clonage humain, conduits en vue de la révision des lois de bioéthique de 1994, sont aussi des débats d'images. Chacun des protagonistes use des siennes, qu'elles restent secrètement cachées ou qu'elles soient brandies, exhibées, publiées. Les communications des sénateurs, les interventions du président de la République, les conférences des scientifiques, mais aussi les annonces des raéliens ou de l'italien Severino Antinori... sont toutes riches de références-images, à l'origine de prises de position aussi diverses que fermes.

L'annonce (non confirmée) par Brigitte Boisselier de la Société Clonaid de la naissance d'une petite Eve et de quelques autres enfants filles de mère ou fils de père, en cette fin d'année 2002, fut accompagnée de photographies du gourou de la secte. Claude Vorilhon posait en combinaison blanche au pied de deux totems : une soucoupe volante et une sculpture d'ADN de 8 mètres de hauteur. La soucoupe occupait une place de choix dans les représentations mentales américaines depuis ce 24 juin 1947, date à laquelle un certain Kenneth Arnold aurait aperçu, depuis l'avion qu'il pilotait, « des objets comme des soucoupes volant à une vitesse incroyable ». La molécule d'ADN, décrite en 1953 par les scientifiques anglo-saxons Watson et Crick, avait été érigée en véritable fétiche des temps modernes par l'ouvrage de Watson publié ultérieurement : *La double hélice*. Deux sculptures ayant pour fonction, comme tous les totems, de souder une communauté, de protéger un clan. Les raéliens se disent issus de formes de vie extraterrestres, désireux d'accroître,



Dolly clonée sur une affiche, Andreas Schiffler.  
<http://www.ferzkopp.net/Software/Clonelt>

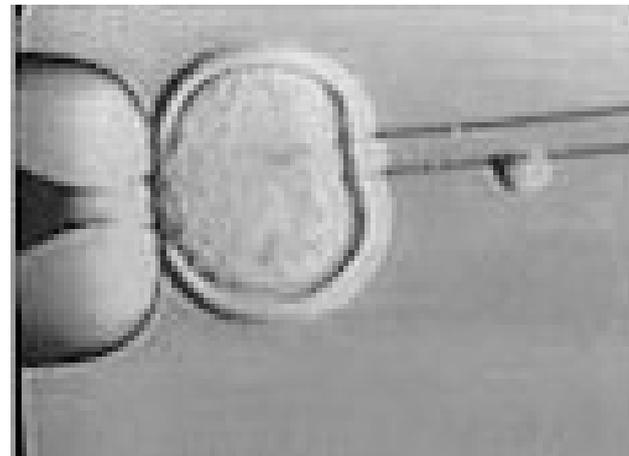
grâce au clonage, leur population rendue fragile par un monde marqué par « les catastrophes naturelles et humaines ». Ces références qui nous font, au choix, sourire ou trembler, ne nous sont pas totalement étrangères. Nous connaissons le fétichisme de l'ADN et n'avons pas toujours renié les rêves d'autres mondes. Pour nous, Européens, ils se sont même peuplés de formes humaines à chaque période marquée par le développement d'une science forte et l'éloignement des religions. Le vide étant inconcevable, les planètes, les galaxies devaient nécessairement être habitées. Ainsi, la joie matérialiste et sans culpabilité d'un Diderot, calquée sur celle de Fontenelle, est à son comble lorsque le philosophe évoque, dans *Le rêve de d'Alembert*, la gaieté des mondes peuplés de clones. Il est vrai que le texte est écrit en 1769, avant les horreurs de la Révolution française. C'est Mademoiselle de Lespinasse qui parle :

« Dans Jupiter ou dans Saturne, des polypes humains ! Les hommes se résolvant en hommes, les femmes en femmes, voilà qui est plaisant... (...) une société d'hommes formée, une province entière peuplée des débris d'un seul, cela est tout à fait agréable à imaginer (...) ... Si l'homme se résout quelque part en une infinité d'hommes animalcules, on doit avoir moins de répugnance à mourir ; on y répare si facilement la perte d'un homme qu'elle doit y causer peu de regret. »

Le contraste avec le *Frankenstein* de Marie Shelley est saisissant : « Ce fut par une lugubre nuit de novembre que je vis enfin mon œuvre terminée. Avec une anxiété mêlée de terreur, je rassemblai autour de moi les instruments qui devaient permettre d'infuser l'étincelle de vie dans cette chose inerte gisant à mes pieds. » Mais cet ouvrage-ci fut écrit en 1816 alors que se calmait à peine le grand ouragan de la révolution et qu'Erasmus Darwin, grand-père de Charles,

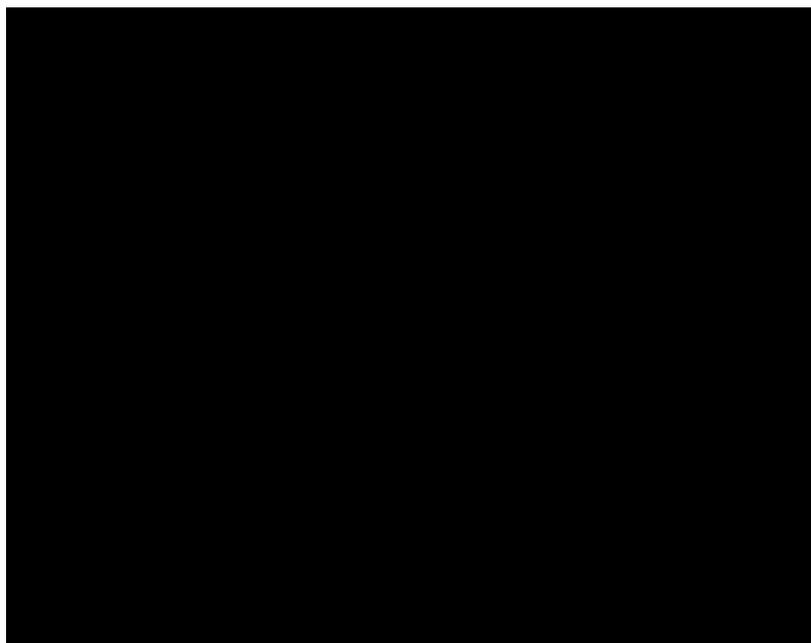
venait de réaliser les premières cultures de tissus. Or, en ce mois de janvier 2002, ce ne sont pas les références à Diderot, ni à Fontenelle, qui hantent les propos des sénateurs opposés à tout clonage, mais bien les figures dramatiques de Frankenstein, de Faust, de Prométhée, qui furent citées en référence. S'y mêla en filigrane le souvenir des expérimentations nazies, celui du procès de Nuremberg et de la naissance de la bioéthique. Dès lors, il convenait d'abord, pour les législateurs, de surveiller ces « apprentis sorciers » que sont les scientifiques « soumis à toutes les tentations ».

Situation symptomatique : l'anathème est de plus en plus fréquemment jeté sur les biologistes et les médecins ou, plus globalement sur « la science ». L'amalgame entre les sectes, leurs escrocs, les



Implantation d'un noyau de cellule somatique au sein d'un ovule.

[http://www.inapg.inra.fr/ens\\_rech/biotech/textes/applicat/medasant/clonage3](http://www.inapg.inra.fr/ens_rech/biotech/textes/applicat/medasant/clonage3)



Claude Vorilhon  
dans sa soucoupe volante.

médecins nazis et les eugénistes d'un côté, « nos » scientifiques et « nos » médecins de l'autre, résulte d'une confusion des représentations mentales. Les médias ont aussi relaté sans nuance les propos prononcé par le président de la République lui-même ce 2 février 2003. Il dénonçait alors « les chercheurs sans scrupules », les « savoirs dévoyés » les « chercheurs dévoyés renouant avec les fantasmes eugéniques qu'on aurait voulu voir disparaître avec les totalitarismes ».

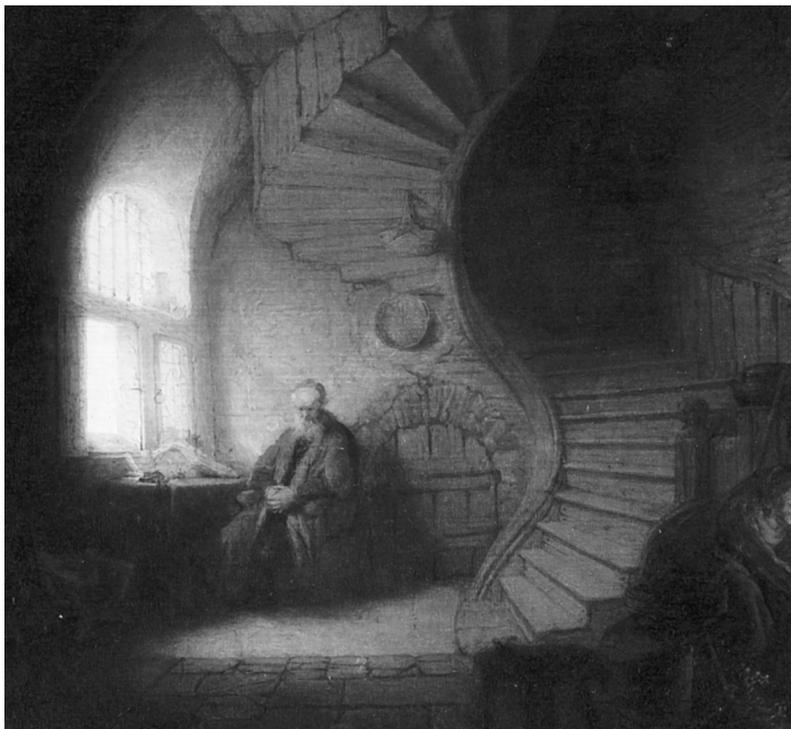
Restait Dolly ! ... arrivée au monde des médias un jour de juillet 1997, sept mois après sa naissance biologique, venue seule affronter les représentations du clone livrées par la science fiction. Cette brebis égarée, un clone ? Beaucoup ont cru au canular, ont dénoncé l'erreur. Dans le domaine de la science-fiction, dont l'inconscient imprègne les débats politiques ou médiatiques, les clones sont des êtres terrifiants, monstres ou sous-hommes dûment exploités. Ils cachent leurs yeux derrière des lunettes noires, relèvent les cols de leurs gabardines. Ils se multiplient en autant de petits Hitler chez Ira Levin (*Ces garçons venus du Brésil*). Sont élevés en batteries et fournissent à leurs « alter » des organes de remplacement chez

Michael Marshall Smith (*Frères de chair*) Sont multipliés intensément par le procédé bokanovsky chez Aldous Huxley (*Le meilleur des mondes*, 1932) : « Produire des jumeaux au compte-gouttes tout au long d'un quart de siècle, à quoi cela servirait-il ? (...) Dans les cas exceptionnels, nous pouvons nous faire livrer par un seul ovaire plus de quinze mille individus adultes. » Le chassé-croisé, l'intime fusion entre science, science-fiction, actualité,

histoire, opinions religieuses et emprises médiatiques sont à l'origine des positions de chacun. Si tous s'entendent aujourd'hui pour dénoncer comme crime le clonage reproductif, tous ne s'accordent pas sur l'interdiction du clonage dit thérapeutique. Et nombreux sont ceux qui ne perçoivent pas nettement ce que recouvre cette dernière expression. Chaque point de vue individuel relève d'un magasin d'images personnel, d'une manière pessimiste ou optimiste d'envisager l'avenir, de se poser en victime, en conquérant, en moraliste.

Reste que le choc des images et des représentations ne devrait pas empêcher les analyses clairvoyantes. On ne peut manquer de s'interroger aujourd'hui sur l'insuffisance des débats relatifs au clonage thérapeutique et son utilité dans les thérapies cellulaires ; sur l'opacité des relations entre les décideurs et les experts ; sur les conséquences d'une dégradation générale de l'image des scientifiques et des médecins. Si la liberté de la recherche était encore respectée dans les débats de 1994, il n'en est plus de même aujourd'hui quand les biologistes font si souvent figure de Frankenstein. Comment une société peut-elle faire confiance au personnel hospitalier gestionnaire de

quelques milliers ou dizaines de milliers d'embryons surnuméraires tout en instituant la méfiance vis-à-vis des médecins et des biologistes qui proposent d'étudier ces mêmes embryons ? Tous les biologistes ne sont pas des escrocs : tous les médecins ne sont pas des expérimentateurs nazis. Tous ne sont pas des professionnels naïfs incapables de mener une réflexion collective et dont les pratiques réclament d'urgence l'institution d'une morale d'Etat.



*Le philosophe en méditation,  
Rembrandt - Le Louvre.*

Marie Kayser

Médecin généraliste

# Non à l'exclusion des soins, droit à la protection sociale pour tous

L'Assemblée Nationale et le Sénat ont voté en décembre, dans la loi de finances rectificative pour 2002, l'article (31-A) abrogeant le principe de l'accès gratuit aux soins médicaux pour les personnes relevant de l'Aide Médicale Etat (AME) en instaurant pour elles le paiement d'un ticket modérateur et du forfait hospitalier ; paiement qui empêchera leur accès aux soins : l'AME concerne en effet les personnes sans ressources, mais qui du fait de leur situation administrative sont exclues de la Couverture Maladie Universelle (CMU) : étrangers en situation irrégulière, étrangers en situation régulière résidant en France depuis moins de 3 mois, certains français résidant à l'étranger.

Le Parlement a également voté dans la loi de finances pour 2003 (article 78) des mesures restrictives pour la Couverture Maladie Universelle Complémentaire : report de l'ouverture des droits au premier jour du mois qui suit la décision d'attribution, prise en compte de la situation financière des demandeurs en référence aux ressources de l'année fiscale antérieure et non plus à celles des 12 mois précédant la demande. Ces mesures allongent le délai d'attente pour la prise en charge des soins et empêchent ceux dont la situation financière s'est dégradée d'y avoir accès.

Par ailleurs, l'article 78 instaure un changement dans les modalités de révision du plafond de ressources pour bénéficier de la CMU complémentaire, cette modification aboutira à une moindre augmentation du plafond et à une limitation plus sévère des personnes relevant de la CMU complémentaire.

Ces mesures discriminatoires pour l'accès aux soins sont inacceptables sur le plan médical et aberrantes en terme de santé publique ; elles sont contraires à l'esprit de la loi sur la CMU qui devait permettre un accès aux soins pour tous ; elles constituent une véritable remise en cause du droit à la protection de la santé, garanti à tous dans le préambule de la constitution de 1946.

De telles décisions sont les éléments précurseurs d'une remise en cause de la prise en charge complète des personnes relevant de la CMU complémentaire, en témoignent les déclarations récentes du Ministre de la santé soulignant qu'il fallait revoir la couverture maladie universelle et sortir du « tout gratuit ». Elles sont à rapprocher de la réforme de la « gouvernance de l'Assurance maladie » mise actuellement en chantier par le gouvernement et qui vise à diminuer la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et à renforcer la place des assurances complémentaires. Cette réforme qui doit être votée au parlement à l'automne aboutirait à une restriction de l'accès aux soins pour

tous ceux qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance maladie complémentaire.

La réforme de l'Assurance maladie ne doit pas se faire au détriment de l'accès aux soins des patients qui ont les revenus les plus faibles alors que ceux qui pourront continuer à se payer des couvertures complémentaires continueront à bénéficier du « tout gratuit ». Sous la pression d'une mobilisation exemplaire, le gouvernement a renoncé à signer les décrets de mise en application de la loi réformant l'Aide Médicale d'Etat, il nous faut poursuivre et exiger ensemble :

- l'abrogation immédiate de ces mesures, qui font de l'accès aux soins un privilège et non plus un droit ;
- le maintien de la loi de couverture maladie universelle et l'élargissement de son principe pour les personnes dont les ressources sont au-dessus du seuil par une aide à l'obtention d'une couverture complémentaire ;



- l'amélioration de la prise en charge de tous les citoyens dans le cadre de l'Assurance Maladie obligatoire.

Nous appelons à la signature de la pétition initiée par Médecins sans Frontières, la Coordination des Réseaux et le Syndicat de la Médecine Générale qui peut être trouvée sur le site de MSF : <http://paris.msf.org/petition> et page 71.

## Contre la logique commerciale des tarifs médicaux

### Communiqué de presse du Syndicat de la Médecine Générale du 6 février 2003

Le comportement de certains médecins des Deux-Sèvres qui régulent la demande de soins en pratiquant des dépassements d'honoraires pour « filtrer » les malades est hautement condamnable. Sont ainsi pénalisés les patients les plus démunis, ceux qui n'ont pas les moyens de suivre cette attitude de pure logique commerciale visant dans un contexte relatif de pénurie de l'offre de soins, à faire monter les prix.

Pour le Syndicat de la Médecine Générale, l'attitude organisée de ces médecins, et soutenue par des syndicats médicaux qui prônent la liberté tarifaire en matière d'honoraires, est une pierre de plus dans les attaques en règle actuelles visant à démanteler le système de soins et la notion de service public.

Noëlle Lasne

Médecin généraliste,  
Médecins Sans Frontières

# Les embarras du débarras <sup>(1)</sup>

**M**oins de trois ans après sa mise en œuvre, la loi de Couverture Maladie Universelle a intégré près de cinq millions de personnes au système de soins de droit commun. Son taux d'application sur le territoire national est de 90 %. Elle a transformé les délais d'accès aux droits, fait pratiquement disparaître les créances irrécouvrables des hôpitaux et vidé les salles d'attente humanitaires, tout cela avec un budget dérisoire en regard de celui de la Sécurité sociale. Elle a permis la prise en charge de personnes manifestement en mauvaise santé, qui ont consulté essentiellement chez leur généraliste et à l'hôpital. Ses résultats en terme de soins curatifs, d'accès à la prévention et de santé publique restent à évaluer, mais sont de toute évidence majeurs et liés, de façon étroite, au caractère pragmatique du dispositif.

Mais la loi de couverture maladie universelle est aussi, comme toutes les lois, le fruit de compromis et de contraintes contradictoires. Après avoir envisagé de livrer l'ensemble du dispositif aux mutuelles et aux assureurs, les politiques ont confié aux caisses primaires d'assurance maladie une véritable mission de service public. Après avoir caressé l'idée qu'il se trouverait quelqu'un pour mutualiser les cinq millions de personnes les

plus pauvres de notre société, et les faire ainsi rentrer dans un système « de droit commun », le législateur s'est inspiré des principes de l'aide sociale pour innover en proposant une couverture complémentaire totalement encadrée, dont la gratuité et le contenu sont garantis par la loi. Parce qu'elle assume ces mélanges et ces compromis au nom de l'efficacité, la loi CMU est considérée comme une loi impure, marquée par le « pêché originel » <sup>(2)</sup> (quel vocabulaire !), de l'effet de seuil, une loi dérangeante, et ce pour des raisons strictement idéologiques.

Dérangeante de façon pour ainsi dire structurelle, parce que l'histoire de la Sécurité sociale est précisément faite de travail et de travailleurs, de salaires et de salariés, de sueur et de cotisations, et que les plus pauvres ne peuvent être rattachés à ces fondements historiques : leur protection sociale est le produit bâtard de l'assistance et de la solidarité, et bien qu'assurés sociaux, ils restent pour partie à la charge de l'Etat. Le dispositif de la couverture maladie universelle CMU apparaît comme un dispositif hors normes qui intègre les plus démunis mais dérange les intégristes de la protection sociale, puristes et syndicalistes de tout poil.

Non contents de rejoindre le régime général de la Sécurité sociale sans fiches de paye, les plus pauvres ont de surcroît raté leur entrée dans le temple de

MSF  
23, passage Dubail  
75010 Paris  
Tél : 01 45 23 16 16

l'idéal mutualiste. Délaissés depuis toujours par les mutuelles comme par les assureurs, ils n'ont pas saisi l'intérêt de rejoindre le grand marché des assureurs complémentaires. Seuls 13 % d'entre eux ont choisi un organisme complémentaire plutôt que la caisse primaire d'assurance maladie. Ils ont compris tout seuls qu'ils étaient à haut risque, et avaient intérêt à rester sous la protection de l'état. Là aussi, la loi CMU, si elle a entériné l'entrée des organismes privés dans le dispositif, a créé un système entièrement original, qui met en fureur les professionnels de la complémentaire et en échec les fervents de l'idéal mutualiste.

Enfin, en consommant des soins médicaux, et en particulier des soins d'hospitalisations, les plus pauvres ont fait usage de ce dispositif. Les études de la caisse nationale d'assurance maladie montrent qu'ils ont été abondamment hospitalisés, que leur santé était mauvaise, qu'ils souffraient, malgré leur jeunesse – 28 ans de moyenne d'âge – de pathologie graves : 10 % de pathologies graves contre 6 % dans la population générale. Que n'aurait-on pas dit si, au lieu de se faire soigner, ils n'avaient pas consommé de soins médicaux ! On se serait alarmé de leur ignorance, on se serait inquiété des conséquences de leur comportement irresponsable en terme de santé publique, on aurait commenté sans fin le rapport particulier qu'ils entretiennent avec leur corps et la difficulté de ces populations à intégrer une « culture de la santé ». On aurait évoqué l'échec de la loi et l'insuffisance du droit à ouvrir un véritable accès aux soins. Seulement voilà : non content d'être sans ressources et sans travail, ils sont malades, voire très malades, et ils se soignent parce que la loi le leur permet. Ils sont allés seuls dans les caisses primaires d'assurance maladie, sans avoir, pour l'énorme majorité d'entre eux, besoin d'un accompagnement social particulier. Injure suprême faite au monde des vrais travailleurs et des vrais assurés sociaux, les plus pauvres confirment que plus on est en bas de l'échelle sociale plus on est en mauvaise santé,

plus on meurt jeune et plus on est atteint de pathologies lourdes. Voilà que le chômeur double l'ouvrier dans la grande course des inégalités sociales !

Comment se débarrasser d'une loi si embarrassante ? Le plus simple est d'abord de mettre en doute l'existence des intéressés : il n'y a pas, en France, cinq millions de pauvres, mais plusieurs millions d'irresponsables. En lisant les débats au parlement et les déclarations de nos gouvernants, nous apprenons que chacun est responsable de son destin et que la misère est une question de poigne. Est responsable celui qui s'en sort en trouvant du travail, et non celui qui s'est bêtement fait licencier sans plan social et se contente d'aller pointer à l'ANPE. En pleine explosion du chômage, l'urgence de redonner à chacun, et en particulier aux plus pauvres, « le goût du travail », est évoquée sans pudeur et sans détour. Une fois remis au pas et rendus au sens des responsabilités, bon nombre d'allocataires du RMI et de bénéficiaires de la CMU devraient redevenir des citoyens responsables et cotisants.

Il s'agit ensuite de discréditer le dispositif. On dénonce des abus. On se garde de les chiffrer ou de les illustrer, on les affirme. On évoque l'absence de contrôle, l'impunité faite aux fraudeurs. On parle à mots couverts de scandales et de filières. Non seulement la gratuité des soins ne serait que le corollaire scandaleux de l'oisiveté, mais les plus pauvres ne seraient de toutes façons que des rentiers travestis.

Il faut donc des boucs émissaires. Le ministère du budget choisira ceux qui n'ont jamais eu droit au travail et vivent dans la précarité la plus radicale : les étrangers sans papiers. Les étrangers, on le sait, s'installent en France clandestinement pour tirer les ficelles du système. La preuve ? Des français se sont présentés dans les hôpitaux en se faisant passer pour des étrangers sans papiers. Ils avaient en effet compris que, de cette façon, ils n'auraient aucun justificatif à montrer. Où avons nous lu cela ? Eh bien dans les débats en assemblée de la République française en date du

19 décembre 2002. Quoi d'autre ? Les étrangers sans papiers sont allés jusqu'à monter de faux dossiers médicaux pour faire croire qu'ils étaient gravement malades et pouvaient, de ce fait, prétendre à un titre de séjour. Des médecins complaisants les y ont aidés. Où avons nous lu cela ? Sous la plume de notre ministre de l'intérieur, dans une circulaire du 19 décembre, retirée aussi précipitamment qu'elle avait été écrite.

Faux pauvres et faux malades abuseraient donc ensemble de la gratuité des soins médicaux grâce au dispositif incontrôlé de la loi de couverture maladie universelle. Pour remédier à cette situation scandaleuse, on prend des mesures aveugles, précipitées, discriminatoires : le 19 décembre, le parlement met fin à la gratuité de l'aide médicale de l'Etat pour les personnes sans papiers, et annonce explicitement que désormais tout le monde devra participer. Une seconde mesure, applicable immédiatement, permet de différer l'ouverture du droit à la CMU au premier jour du mois qui suit la décision d'attribution. Et surtout, il est prévu de modifier, par voie réglementaire, le mode d'examen des ressources : au lieu de prendre en compte les ressources des douze derniers mois – un mode de calcul qui permet de prendre en compte la situation de pauvreté des personnes en temps réel, on examinera les ressources de... l'année précédente, c'est à dire l'année fiscale. Ainsi, toute personne dont les ressources s'améliorent transitoirement sera pénalisée et perdra le bénéfice d'un accès gratuit aux soins médicaux, même si elle est depuis plusieurs mois sans travail et sans ressources. Une mesure redoutablement efficace pour diminuer le nombre d'entrées dans le dispositif. Enfin, une réforme de la loi CMU est annoncée, tant il est urgent de toucher à ce qui marche.

Aujourd'hui nous vivons encore dans une société où il est acquis que l'on peut être non imposable sans que l'on vous retire le droit de vote. Une société où on vous fait une ristourne sur les frais de cantine scolaire si vous êtes nécessiteux, où l'on a droit à des allocations chômage si l'on

perd son travail. Une société où personne ne peut prendre en charge le coût réel de ses propres dépenses médicales et où chacun use, pour se soigner, d'un système solidaire de protection sociale. Une société où les plus pauvres bénéficient, pour vivre, d'un revenu minimum et d'un accès gratuit aux soins médicaux, selon des principes acquis depuis presque un siècle par le biais des premières lois d'assistance aux nécessiteux. C'est tout cela, – et rien de moins – qui vient d'être remis en cause.

Une guerre éclair de quelques semaines a permis que certaines de ces mesures soient retirées, d'autres mise en attente : les droits de chacun à la CMU et à l'aide médicale de l'Etat peuvent encore s'exercer. Plus de 100 000 personnes ont dit non à l'exclusion des soins en signant l'appel lancé le 30 décembre 2002 conjointement par Médecins Sans Frontières, la coordination nationale des réseaux de santé et le Syndicat de la Médecine Générale. Des chefs de service hospitaliers, des médecins généralistes et spécialistes, des infirmières, des aides soignantes et des travailleurs sociaux, des élus et de simples citoyens des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ont apporté leur soutien et sont prêts à défendre une conception solidaire de la protection sociale. Cette mobilisation exceptionnelle doit se poursuivre, alors qu'une réforme complète de la Sécurité sociale est annoncée pour l'automne, et que le désengagement de l'Etat, les mesures annoncées de décentralisation, les appels à la liberté tarifaire totale, les appels d'offres des assureurs de tout poil peuvent nous conduire à un éclatement de la protection sociale, dont les plus pauvres seront les premières victimes, mais certainement pas les seules.

---

1. Ce titre est emprunté au psychanalyste Denis Philippe Buisson auteur d'un article écrit en 1994 sur le dispositif RMI.

2. Interview de Monsieur Jean-François Mattéi dans le *Journal du Dimanche*, le 17/11/2002.

# Non à l'exclusion des soins

Avec le Syndicat de la Médecine Générale et la Coordination nationale des Réseaux de Santé, Médecins Sans Frontières dénonce un recul historique dans l'accès aux soins des plus pauvres et des mesures iniques mettant gravement en danger la santé des patients.

**5 millions de personnes dépendent aujourd'hui de la couverture maladie universelle (CMU) pour se soigner.** Des hommes, des femmes et des enfants qui ont droit à une prise en charge immédiate et gratuite de leurs soins médicaux.

**Le gouvernement a décidé de supprimer un droit vieux de cent ans : la gratuité des soins pour les plus pauvres.** Les personnes les plus démunies devront désormais payer en partie leurs soins médicaux et cotiser pour leur couverture complémentaire.

Les premières mesures adoptées visent les personnes malades sans papiers. Demain ce seront les travailleurs pauvres, les familles vivant avec le Smic, les allocataires du RMI qui ne pourront payer ni leurs frais hospitaliers, ni leur traitement médicamenteux, ni les analyses radiologiques et biologiques indispensables.

**Avec les personnes bénéficiant aujourd'hui de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'état,**

**Avec les personnes qui en sont exclues parce que leurs ressources sont juste au-dessus du seuil,**

**Avec les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, les pharmaciens, les médecins de santé publique,**

**Avec les travailleurs sociaux qui sont à leurs côtés,**

**Refusons l'exclusion des soins et le démantèlement d'un système solidaire de protection sociale,**

**Exigeons ensemble l'abrogation immédiate de ces mesures, le maintien de la loi de couverture maladie universelle et son amélioration pour les personnes dont les ressources sont juste au-dessus du seuil, par une aide à la mutualisation.**



## Déjà 100 000 signatures

**Continuez à envoyer vos signatures  
à MSF aux coordonnées ci-dessous**

**Non à l'exclusion  
des soins.  
Signez et faites  
signer cet appel.**

**Envoyez vos signatures à :**

Médecins Sans Frontières - 23, Passage Dubail - 75010 Paris

contact téléphonique : 01 45 23 16 16 ou signez en ligne sur notre site <http://www.paris.msf.org/petition>

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_ E-mail\* : \_\_\_\_\_

\* Vos données personnelles sont enregistrées sous forme informatique. Conformément à la loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978, vous avez un droit d'accès, de suppression ou de rectification des informations vous concernant. Il vous suffit de le signaler au siège de notre association. Nous nous engageons par ailleurs à ne pas communiquer vos coordonnées à qui que ce soit.

Résumé : Ce texte rassemble un ensemble de propositions concrètes issues de la réflexion collective du Syndicat de la Médecine Générale. Elles définissent les indispensables améliorations du contenu des pratiques professionnelles des médecins généralistes dans le cadre d'un système de soin de qualité ayant rang de service public, accessible à tous, sans discrimination par l'argent.

Patrice Muller

*Médecin généraliste,  
président du Syndicat  
de la Médecine Générale.*

# Pour l'amélioration de la médecine générale

**Préambule.** L'urgence est d'abord :

- à la lutte auprès des usagers et des citoyens contre les freins de plus en plus importants mis pour l'accès aux soins, en particulier pour les plus démunis de la population (durcissement des conditions d'accès à la CMU et introduction d'un ticket modérateur et du forfait hospitalier pour les bénéficiaires de l'AME) ;

- à la résistance devant les coupes quantitatives en moyens financiers et en ressources humaines (baisse de la démographie des professions de soin) dont souffre actuellement l'ensemble du secteur de soins : secteur hospitalier et de la médecine ambulatoire.

Nous appelons à la constitution aux côtés des usagers et des citoyens d'un front de résistance contre la privatisation de l'Assurance maladie et pour l'établissement d'une couverture sociale de haut niveau pour tous.

Mais dans le même temps il est une autre urgence, face à la crise généralisée du système qui est complexe.

Il s'agit pour faire mieux dans notre

métier de soignant de modifier nos pratiques du soin et de la santé :

- la mise application de nouvelles pratiques est indispensable pour sortir des impasses où nous acculent aujourd'hui d'un côté la logique marchande de plus en plus prégnante dans le domaine du soin et de l'autre côté la gestion techno-centralisée de l'Assurance maladie ;

- ces nouvelles conditions de nos exercices professionnels se fondent sur des paradigmes différents de ceux qui prévalent de façon hégémonique depuis des décennies : les soins curatifs dans le cadre du colloque singulier. Il faut que les soignants puissent chaque fois qu'ils le peuvent et le veulent, passer du Soin à la Santé, c'est-à-dire, puissent prendre en compte, en amont du soin, les véritables causes des maladies ;

- ces nouvelles pratiques ont un caractère de faisabilité immédiate et ont été déjà validées sur le terrain en de multiples endroits et sous diverses variantes

en France ou à l'étranger (Belgique ou au Québec) et qui ont pour nom les pratiques de santé communautaire ou de réseaux de santé de proximité ;

– les obstacles à lever sont les nombreux verrous politico-administratifs qui empêchent que partout en France pour ceux qui le veulent – parmi les nombreux soignants mécontents de leurs mauvaises conditions d'exercice actuelles – ils puissent mettre en application, dans le quotidien de leurs pratiques, ces changements.

## Pour l'amélioration de la médecine générale

En plus des activités de soins curatifs tels que ceux pratiqués actuellement dans nos cabinets médicaux, il s'agit de reconnaître et d'institutionnaliser les indispensables évolutions suivantes :

**1° La concertation et coordination avec les autres acteurs locaux du soin et du secteur sanitaire et social** avec lesquels le médecin généraliste est amené régulièrement à travailler pour la prise en charge de ses patients.

**2° Une formation professionnelle élargie et renforcée** : elle doit répondre à quatre critères :

- répondre aux besoins des médecins et de la population ;
- être indépendante de l'industrie pharmaceutique ;
- être obligatoire ;
- être rémunérée.

Le système actuel de la Formation Médicale Continue estampillée en fonction de thèmes ou de stages accrédités est insuffisant. Il s'agit de reconnaître, valider et rémunérer d'autres modalités de la FMC : lectures de revue, participation régulière à des staffs hospitaliers ou des activités de réseaux de soins, stages de x semaines avec des responsabilités thérapeutiques dans tel ou tel service agréé, participation à des colloques, etc. Par ailleurs, la Formation Médicale Initiale au métier de médecin généraliste doit être améliorée.

Une participation accrue des médecins généralistes à la FMI s'avère indispensable. Le cursus des études médicales est d'ores et déjà en pleine mutation favorable avec :

– l'introduction des sciences humaines en 1<sup>er</sup> cycle ;

– la réforme du second cycle : celui-ci se terminera non plus par le concours d'internat, mais par un examen national classant qui permettra aux étudiants de choisir en fonction de leur rang leur spécialisation. Ainsi la médecine générale par la création d'un DES spécifique (prévu en 2005) sera au même rang que les autres spécialités.

**3° Une participation à la continuité des soins complètement repensée** à partir de la notion d'une médecine de premier niveau organisée sur la base d'un service public de proximité pour élargir et trier les « urgences ressenties » : les consultations hospitalières aux horaires élargis ou encore les cliniques, les centres de santé, les cabinets médicaux ou d'autres lieux encore à imaginer à l'initiative des communes ou des départements servant de lieux d'accueil et de prise en charge de premier niveau en articulation avec le deuxième niveau, celui de l'hospitalisation (cf. aussi les services d'écoute et de conseil téléphonique à l'instar de ce qui se passe au Québec). S'agissant d'une mission de service public, le médecin participant à la permanence doit avoir la reconnaissance de ce statut par le financement et un repos compensateur. La continuité des soins sur le territoire repose aussi sur un aménagement des conditions d'exercice de chaque soignant dans une articulation avec l'ensemble des structures de soins du territoire considéré (hôpital, cliniques, maintien à domicile) et des autres services publics : école, culture.

**4° La nécessaire sortie du paiement à l'acte** : les points 1, 2 et 3 nécessitent obligatoirement la notion d'une rémunération forfaitaire basée sur la notion de **demi-journées de travail par semaine rémunérée sur la base d'un salaire à temps partiel** (base salariale qui doit être compatible avec nos exigences de revenus lorsque ce salaire

à temps partiel sera susceptible de passer à un salaire à temps plein). Ce nouveau statut de médecin salarié à temps partiel ou complet pour la médecine générale permettra de surcroît dans une carrière de médecin de première ligne plus facilement les passages d'un exercice médical à un autre au cours de la carrière dudit médecin. Dans un éventail plus large, nous proposons pour les cabinets médicaux établis depuis plusieurs années un contrat basé sur leurs chiffres d'affaires préalables en y rajoutant des budgets incluant la FMC et la santé publique (cf. expérience des USB de St-Nazaire pour aboutir à un paiement à la fonction pour une activité dont le contenu est déterminé contractuellement avec les financeurs (A. maladie et mutuelles) et les autorités administratives). Sur la base de 35 heures : x heures de consultations traditionnelles, de permanence de soins, de FMC et de coordination des soins. Une autre base de calcul possible pour définir la rémunération globale du médecin pour ses diverses tâches est la capitation ou un mixte des deux, capitation + paiement au forfait.

**5° Une politique des revenus de la profession médicale.** Elle doit tenir compte des difficultés d'exercice et doit inclure une protection sociale correcte : retraite, congés maladie et de maternité. Elle doit être assise sur un resserrement du niveau des revenus des médecins quelles que soient les spécificités de travail (diminuer les distorsions entre le médecin scolaire et le médecin radiologue). La finalité étant de permettre de revaloriser les professions de soins et de santé les moins attractives aujourd'hui et dont la société a davantage besoin : moins de phlébologues et plus de médecins scolaires...

**6° D'autres rapports professionnels avec les médicaments et l'industrie pharmaceutique.**

- La nécessité d'une information intègre en matière de médicaments, sous l'égide des pouvoirs publics, à disposition des prescripteurs, de

sorte d'avoir en temps et en heure les réponses aux questions suivantes : quel est le service médical rendu par chaque médicament évalué, qu'apporte en plus ou en moins la dernière molécule sortie sur le marché par rapport à ces prédécesseurs dans la même orientation thérapeutique ?

- Oui pour les génériques et la prescription en D.C.I.

- Oui pour les conditionnements à l'unité près.

- Refonte du principe de la visite médicale : il faut que les visiteurs médicaux soient salariés de l'Agence française du médicament (budget abondé sur un fond financé par l'industrie pharmaceutique).

- Interdiction complète de la publicité médicale (diminution du coût du médicament).

**7° La re-démocratisation des institutions médicales avec la redéfinition de la place des usagers, des professionnels du soin et des gestionnaires dans les dispositifs de soins et de la santé publique.**

- Permettre aux médecins de se réapproprier un travail citoyen, syndical, avec un échelon local de décision, de concertations, de débats entre les professionnels de santé et avec les usagers et les gestionnaires : cela suppose de passer des ordres professionnels corporatistes à des maisons des métiers du soin et de la santé qui puissent être des lieux d'information, de débats et de rencontres autour des problématiques locales de soin et de santé publique avec tous les protagonistes concernés : les professionnels du soin, les usagers et leurs représentants, les tutelles (Assurance maladie, DDASS, Région, etc.).

- De l'Assurance maladie à l'Assurance santé avec un seul secteur conventionnel de haut niveau de remboursement et suppression de tous les dépassements d'honoraires.

- Des élections aux caisses de l'Assurance maladie avec un élargissement de la représentation des assurés sociaux.

## Le nouveau plan national contre le cancer : entre appel d'offres et désinformation.

**C**ommuniqué de presse du Syndicat de la Médecine Générale du 14 février 2003

La commission d'orientation sur le cancer a été mise en place à la demande de Jacques Chirac et a rendu publiques le 16 janvier les conclusions de ses travaux.

Ce rapport est un appel d'offres pour toutes les structures qui « vivent » du cancer, mais ne se donne pas les moyens d'infléchir l'épidémie de cancers.

Pour l'essentiel, il consiste à organiser les soins : accès facilité aux chimiothérapies, enveloppes financières spécifiques pour les traitements du cancer dans les hôpitaux, davantage de médecins oncologues, toujours plus de recherche dans un contexte réaffirmé de concurrence mondiale, et six « cancéropoles » régionales.

Le cancer, en France, tue 150 000 personnes par an.

Il est responsable d'un décès sur 3 chez l'homme et d'un décès sur 4 chez la femme et, entre 1978 et 2000, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 63 %, arrivant à 278 000 nouveaux cas en 2000.

Cette situation est catastrophique et elle va durer.

Seule la lutte antitabac constitue la priorité de la prévention en France : cette analyse très lacunaire vise à insister sur la « responsabilité » des fumeurs pour préparer l'opinion publique à l'assurance individuelle et détourner l'attention des facteurs environnementaux ou professionnels : ne nous laissons pas abuser !

Agir efficacement contre le cancer, signifierait :

- Améliorer la situation des professions exposées aux substances cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction. Au lieu de cela la nouvelle législation *organise* les certificats de « non contre-indication » aux postes exposés, transformant les médecins du travail en complices.

- Réglementer l'usage agricole et industriel des produits toxiques : la France va-t-elle continuer à être le deuxième utilisateur mondial de pesticides (120 000 tonnes par an) responsables de contaminations massives de l'eau, des sols, et donc de l'alimentation humaine ? A quand des propositions pour limiter la pollution à la dioxine, cancérigène puissant, produite entre autres par les incinérateurs d'ordures ménagères, et responsable de 1 800 à 5 200 décès par an ?

- Établir la règle de 1 euro pour la prévention, 1 euro pour les traitements comme l'avait courageusement demandé le ministre de la Santé, Simone Veil en 1975...

**Le SMG réclame une véritable politique de prévention du cancer.**



Résumé : Au moment où des militants syndicaux sont condamnés à de lourdes peines de prison pour l'arrachage symbolique de plants d'OGM, il est urgent de se mobiliser pour un large débat démocratique et une information objective sur les risques de la dissémination dans la nature et de la consommation forcée de plantes génétiquement modifiées.

Dominique Prime

Médecin généraliste

# OGM, alimentation et santé

Quelques sociétés transnationales, surtout américaines, ont dépensé des sommes énormes pour développer à leur profit une technologie nouvelle qui leur permettrait à terme une maîtrise de tous les organismes vivants et une mainmise sur toute la production et la distribution gricole et alimentaire. Au moment où les dangers pour la santé publique, aussi minimisés soient-ils, se manifestent de tous côtés, où les risques de prolifération sont certains avec une impossibilité de maintenir des filières bio entraînant des conséquences

gravissimes pour les producteurs, où les consommateurs sont toujours à juste titre réticents : toute personne sensée se doute bien en effet qu'une fraise, qui contient un gène de poisson des mers froides (le carrelet) la rendant résistante au gel, un gène bactérien lui conférant une résistance aux antibiotiques et un gène viral jouant le rôle d'un interrupteur des gènes introduits, est fondamentalement différente d'une fraise ordinaire (1). Au moment où un rapport publié le 06/09/2002 par la Soil Association (2) (principale association pour la culture biologique au Royaume-Uni) démontre que la culture de plantes transgéniques aux États-Unis et au Canada se solde par un désastre économique et agricole. Ce rapport révèle notamment (3) que les cultures transgéniques ont :

– coûté au moins 12 milliards de

subvention aux États-Unis depuis 1999,

– renforcé la dépendance des agriculteurs par rapport aux herbicides,

– provoqué la disparition de l'agriculture biologique dans certains secteurs agricoles,

– donné pour certaines variétés de soja des rendements inférieurs de 6 à 10 % à ceux des variétés traditionnelles (qui sont ordinairement résistantes à l'herbicide Round Up).

A ce moment donc, et sous la pression des Américains (4), la France et l'Europe se dirigent vers la levée du moratoire sur l'autorisation de mise sur le marché de nouvelles plantes génétiquement modifiées et ceci avec la complicité de l'Institut National de la Recherche Agricole (INRA) (5) et des Académies des Sciences, de Médecine et de Pharmacie (6). Il est profondément choquant d'entendre le Professeur Tubiana au nom de ces académies déclarer de façon péremptoire sur France Inter le 13/12/2002 que les OGM n'ont aucun effet négatif sur la santé et que leur utilisation à des fins alimentaires ou thérapeutiques ne présente aucun risque.

#### Pour connaître le risque il faudrait d'abord le chercher.

Les rares études de toxicité en laboratoire devraient inciter à beaucoup plus de prudence. On peut citer ici les études du Docteur Putzal, membre de la société royale d'Edimbourg (1) (7) (8) ; il a nourri des rats de laboratoire avec des pommes de terre transgéniques (addition d'un gène de lectine de perce-neige) et après quinze jours de cette alimentation, il constata une baisse de poids des organes vitaux de ces mammifères et une chute de leur capacité immunitaire. Ces symptômes n'apparaissent que chez les rats nourris de pommes de terre transgéniques. Malheureusement, ces études ont été arrêtées (sous la pression des laboratoires Monsanto) et n'ont pas été reprises.

Les bricolages génétiques sont particulièrement imprécis ne permettant pas de savoir à quel emplacement exact du génome se fixera le trans-

gène, ni même quels seront les effets possibles du transgène : production de protéines ou de toxines anormales ; ainsi des plantes de tabac transformées pour leur faire produire de l'acide gammalinoléique ont principalement produit de l'acide octacécatétraténoïque, toxique, que l'on ne trouve pas dans les plantes normales.

Par ailleurs, au moment où on commence à s'inquiéter officiellement de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques, l'utilisation à grande échelle de gènes marqueurs pourrait aggraver le



problème de cette résistance, car ces gènes peuvent se déplacer de la plante dans les bactéries de l'environnement (8). Et qu'en sera-t-il des herbes tolérantes aux pesticides qui en les accumulant risquent de devenir des plantes à pesticides (9) ? Contrairement aux contrôles effectués sur les médicaments issus d'OGM, ceux sur les aliments

issus d'OGM restent insuffisants. La réglementation est considérablement allégée par rapport à celle concernant les médicaments, car il suffit que la composition chimique de l'aliment génétiquement modifié apparaisse équivalente à l'aliment classique pour faire valoir le concept d'équivalence substantielle, aujourd'hui pourtant remis en cause scientifiquement (1) (9).

Certains risques liés aux aliments issus d'OGM sont déjà connus comme celui de l'augmentation des allergies ; on sait l'augmentation importante et récente des allergies : eczéma, asthme, anaphylaxie... dont les causes sont complexes liées en particulier à l'introduction de molécules nouvelles dans l'alimentation ; la généralisation des bricolages génétiques, pour le profit de certaines entreprises et la production d'aliments va multiplier ce risque : on peut citer l'exemple du soja transgénique dans lequel des gènes de noix du Brésil ont été incorporés pour améliorer le rendement protéique et qui, s'étant révélé hautement allergénique pour certaines personnes, a dû être retiré du marché.

De plus, la transgénèse par son caractère aléatoire, peut engendrer la synthèse de protéines allergènes nouvelles ; prenons l'exemple du maïs Starling : ce maïs produit une protéine grâce à un transgène issu d'une bactérie, il ne devrait pas être utilisé pour la consommation humaine, mais cette protéine s'est retrouvée dans différents produits alimentaires destinés à l'homme occasionnant de nombreux cas d'allergie (7). Tous ces exemples démontrent la nécessité d'une complète traçabilité des OGM que l'on sait par ailleurs impossible à assurer.

**Les cinq grandes firmes des biotechnologies tentent de nous vendre les OGM en prétendant qu'elles vont résoudre la faim dans le monde.**

En fait, elles font des recherches pour stériliser les semences afin d'obliger les paysans à les racheter chaque année (10) (11).

Les cinq géants : Syngenta (qui regroupe Novartis et Astra Zeneca), Pharmacia (Monsanto), Aventis

(Agrevo et Rhône Poulenc), Dupont et Domagrosiences contrôlent à eux seuls quasiment 100 % du marché des semences transgéniques (12).

Au contraire, ces technologies des pays riches pourraient renforcer la dépendance alimentaire des plus pauvres et aggraver les problèmes de malnutrition. Le manque alimentaire est avant tout une conséquence de la pauvreté et de la répartition inégale des richesses aggravée par la globalisation libérale : le Brésil est le quatrième exportateur mondial de produits agricoles, mais 40 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté...

Le riz transgénique enrichi en bêta-carotène est vanté comme un progrès majeur pour lutter contre les carences, mais pour atteindre la dose préconisée un adulte devrait consommer 9 kg de riz cuit par jour (!). Les sources alternatives existent pourtant (légumes verts, fruits, feuilles de coriandre, de curry) autant d'aliments de base dans le régime indien. C'est la destruction de la biodiversité par l'agriculture industrielle qui est la cause des premières carences en vitamines et de la malnutrition. Avec le brevet sur le vivant, c'est une confiscation des processus de reproduction naturelle et de l'inventivité paysanne en Asie depuis des siècles qui est en cours (10).

L'alimentation concerne bien évidemment la santé, elle en est la base. Le questionnement sur les OGM nous concerne directement en tant que médecin. Il est, je pense de notre responsabilité d'informer et de dénoncer les risques de ces technologies sur la santé publique et sur l'environnement (pollution irréversible, perte de la biodiversité).

Au moment où le risque d'une levée du moratoire se dessine, il est urgent de faire pression pour que s'exerce le principe de précaution dans les essais et les expérimentations de chimères alimentaires qui vont être consommées par des millions de personnes.

**S**tanislas Tomkiewicz, une des figures marquantes de la psychiatrie contemporaine, est mort à Paris le dimanche 5 janvier 2003, des suites d'un cancer, à 77 ans. Rescapé du ghetto de Varsovie, il avait décidé de venir s'installer en France et d'y faire des études de médecine. Pour les compagnons de route du SMG et de la revue *Pratiques*, c'est l'ami Tom que nous venons de perdre. Il participa à beaucoup de nos voyages d'études – depuis Prague jusqu'à la Palestine – nous soutenant sans cesse dans nos combats contre l'injustice sociale et contre les violences de tous ordres. Il pressentait déjà sa fin proche lorsqu'il nous écrivit son dernier article dans le numéro 19 de *Pratiques* consacré à la vieillesse.

Tous ceux qui l'ont connu garderont la mémoire d'un être humain qui irradiait d'empathie et de générosité envers l'autre.

Vous pouvez choisir de participer à l'une des associations qui lui tenait à cœur en envoyant un don à :  
 – SPARADRAP, 48, rue de la Plaine 75020 Paris (association pour aider les enfants hospitalisés que Tom avait beaucoup aidée).  
 – ACFD], 11, Petit Barlonges Saint Rémy de la Vanne 77320 La Ferté Gaucher (association de foyers pour jeunes en difficulté).  
 – TAAUSSH (association des israéliens juifs et palestiniens pour la Paix) : Banque Poalim Jerusalem Branch 574 Count number 160213/Swift routing code : Poalam-Lit ou contacter le docteur Nive Gordon Department of politics and government, Ben Gourion University Beer-Sheva Israel. Pour plus d'informations : <http://www.taush.org/>

Patrice Muller  
 Médecin généraliste

## L'ami Tom est parti

### Dates à retenir sur vos agendas :

#### ✓ **Les Cafés du Vivant. Mercredi 14 mai 2003. 19 h - 21 h 30. Alimentation, qui dicte nos désirs ?**

*Le consommateur protégé, formaté ou victime ?* Pourquoi et comment élaborer des aliments conformes aux goûts des consommateurs ? Quelles sont les stratégies des laboratoires, des producteurs et des entreprises en lien avec les marchés mondiaux ? Quelle confiance peut-on avoir dans les contrôles des fraudes et des trafics alimentaires à l'heure de la mondialisation ?

Palais de la Découverte, avenue Franklin-Roosevelt, 75008 Paris (Entrée gratuite).

Merci de vous inscrire à : [cafes.vivant@noos.fr](mailto:cafes.vivant@noos.fr) - Renseignements : 06 14 01 76 74.

*Les Cafés du Vivant sont proposés par le Palais de la Découverte, le magazine Vivant (en cours de création), l'association Génétique et Liberté, en collaboration avec le CNRS, l'INSERM, l'INRA et la revue Pratiques.*

#### ✓ **Forum Social Européen (FSE) du 12 au 15 novembre 2003 à Saint-Denis et à Paris**

Séminaires, ateliers et forums se tiendront dans la continuation du Forum de Florence.

Le SMG y interviendra au sein de la commission santé d'ATTAC, nous invitons nos adhérents et sympathisants à y participer.

« Comme à Porto Alegre et à Florence, il doit constituer un espace ouvert de rencontres et d'échanges pour l'approfondissement de la réflexion entre divers mouvements qui s'opposent au néolibéralisme. Il doit aussi permettre de continuer à réfléchir sur la formulation de propositions concrètes, la construction d'alternatives et l'articulation d'actions efficaces. « Contre une mondialisation libérale qui accélère la concentration des richesses, qui génère exclusions économiques, sociales et culturelles, qui détruit l'environnement, face aussi à une construction européenne essentiellement fondée sur le marché, il s'agit d'affirmer non seulement la nécessité d'une autre Europe au service des citoyens et des peuples, mais aussi d'en démontrer la possibilité et d'esquisser les voies et les moyens de sa réalisation. »

#### ✓ **29<sup>e</sup> Congrès du Syndicat de la Médecine Générale, les 13 et 14 décembre 2003 à Paris.**

**C**ommuniqué du SNTRS-CGT (Syndicat National des Travailleurs de la Recherche Scientifique) du 28 novembre 2002

Une fois encore, les Français ont été sollicités par le Téléthon co-organisé par Antenne 2 et l'AFM pour aider la recherche contre les maladies génétiques. L'appel à la générosité des Français a jusqu'ici été couronné de succès. Les sommes collectées chaque année sont considérables, de l'ordre de ce que l'Inserm verse à l'ensemble de ses laboratoires et le Cnrs à ses laboratoires des sciences de la vie.

Mais quel bilan peut-on faire du Téléthon ? Quelle est l'efficacité de l'argent ainsi collecté en regard des objectifs proclamés ?

Depuis plusieurs années, les sommes récoltées servent surtout aux projets de thérapie génique. Or, la thérapie génique piétine depuis plus de 10 ans. Aucun des projets menés sur la mucoviscidose, les myopathies, le cancer n'a rencontré un quelconque succès. En l'état actuel des recherches, les seules pathologies pour lesquelles la thérapie génique était sus-

ceptible de provoquer une guérison concernaient certaines déficiences du système immunitaire. Or, le développement d'une leucémie chez un des enfants traités pour une de ces maladies (déficit immunitaire combiné sévère lié à l'X), remet en cause le principe même de la thérapie génique.

L'AFM joue un rôle considérable dans la recherche biomédicale. Elle s'est progressivement substituée, au Cnrs et à l'Inserm dans la structuration de la

# Les illusions du Téléthon !

recherche en génétique. Les gouvernements ont favorisé sa montée en puissance pour compenser le désengagement financier de l'Etat et contourner les organismes de recherche afin de mieux piloter les orientations scientifiques. La puissance de l'AFM est telle qu'elle fait prévaloir ses choix au pouvoir politique. Ainsi, en 1998, elle a décidé d'abandonner le laboratoire Généthon II de cartographie génique, afin de se consacrer quasi exclusivement à la thérapie génique obligeant l'Etat à gérer cet abandon. Le tout thérapie génique a reposé sur la double illusion que les gènes allaient être rapidement utilisés comme médicaments (généthérapie) et que le séquençage du génome humain allait générer des profits grâce au brevetage et à la valorisation des gènes. Attirée par les royalties du brevetage des gènes, l'AFM s'est retirée du Comité de la Charte des associations caritatives ! Polarisée par une vision utilitariste de la recherche, l'AFM a fortement contribué à ce que le programme de séquençage du génome soit sorti de la responsabilité des organismes, pour être totalement dirigé par le ministère à travers des Groupements d'Intérêt Publics successifs. Bilan, la France qui avait un rôle leader dans le domaine du séquençage n'a cessé de régresser.

La généthérapie quant à elle est un échec, comme la génomique fonctionnelle !! On ne peut être qu'atterré par le gâchis des sommes considérables léguées par les donateurs. Quel bilan l'AFM tire-t-elle du programme de 5 ans « Grande Tentative » lancé en 1998 ? Ce programme n'est pas fini qu'elle en lance un autre de 5 ans pompeusement appelé « Nouvelle

**SNTRS-CGT**

7, rue G Moquet, BP 8

94801 Villejuif

Tél 01 49 58 35 85

Fax 01 49 58 35 33

e-mail : sntrs-cgt-bn@vjf.cnrs.fr

frontière ». Cette stratégie qui s'apparente à de la cavalerie scientifique est élaborée en dehors des instances scientifiques des organismes de recherche. Il est reconnu que pour être efficace, l'évaluation des recherches doit être réalisée par la communauté scientifique, et non pas seulement par quelques dirigeants d'organismes ou d'entreprises. Or, les travaux commandés par l'AFM échappent à ce type d'évaluation.

Si les instances scientifiques du Cnrs et de l'Inserm avaient été consultées sur la faisabilité de ces orientations, elles n'auraient jamais donné leur feu vert. Car tout simplement, ce que l'on ne cesse de faire miroiter à chaque Téléthon relève beaucoup plus de la science-fiction que du domaine du possible. Il faut dire la vérité, nous ne sommes pas prêts en l'état actuel de nos connaissances de soigner les maladies génétiques ! L'introduction efficace et sans danger d'un gène de réparation se heurte encore à des problèmes fondamentaux non résolus. Les solutions thérapeutiques de ces maladies viendront vraisemblablement d'autres domaines de recherche non médiatisables. Encore faut qu'ils ne disparaissent pas, coincés entre le surdimensionnement des recherches impulsées par le Téléthon et l'appauvrissement du financement de l'Etat. La recherche demande du temps et ce type de financement reposant sur la générosité publique fragilise la continuité des recherches. La recherche demande de l'humilité et contrairement à la conception des dirigeants de l'AFM et du pouvoir politique, elle ne peut fonctionner par objectifs, le but de la recherche n'est pas de séduire les donateurs, mais de comprendre la nature ! L'AFM pose un autre problème celui du non respect du droit du travail. L'argent collecté sert en outre à financer des « libéralités », nom soft du travail au noir, puisque les chercheurs qui en bénéficient, n'ont aucune protection sociale. Cette situation n'est pas propre à l'AFM, mais concerne aussi tous ceux qui bénéficient « des libéralités » de l'Association pour la Recherche contre le Cancer, de la Ligue Nationale contre le Cancer, et de la Fondation de la Recherche

Médicale. Personne ne se considère comme leurs employeurs ni les associations, ni les organismes de recherche qui les emploient ! ! Le droit du travail est bafoué, au vu et au su de tout le monde ; associations, organismes de recherche, gouvernement et presse... L'Etat de droit, c'est bon pour les autres ! ! Or, ils sont environ 2000 doctorants, post-doctorants travaillant dans les laboratoires publics de l'Inserm et du Cnrs sur des recherches commanditées par les associations. Par ces libéralités, souvent attribuées à des post-doctorants, les associations contribuent à prolonger la précarité des jeunes chercheurs et constituent un outil redoutable de découragement pour attirer les jeunes vers la recherche et de démantèlement du statut des personnels scientifiques en aidant à contractualiser leur salaire.

Afin de faire respecter le droit du travail et d'assurer l'efficacité scientifique, le Sntrs-Cgt fait les propositions suivantes :

Le statut de ces associations et le financement de la recherche médicale doivent être revus. La loi sur les associations de 1901 n'est en effet pas adaptée, ni à leur champ d'action, ni à l'importance de leur activité économique. Les associations reconnues d'intérêt public finançant la Recherche Publique devraient être transformées en Associations d'Aide à la Recherche (AAR).

Les orientations scientifiques concernant la recherche publique financée par les AAR (appels d'offre et autres programmes), ainsi que la sélection des projets, doivent être proposées par des comités de programme issus des instances scientifiques du Cnrs et de l'Inserm pour les domaines scientifiques concernés, et soumises aux Conseils d'Administration des AAR.

Les personnels de recherche des AAR travaillant dans les laboratoires publics doivent bénéficier d'un statut de salarié à part entière, sous forme de CDD de droit public en étant rémunérés conformément au Code du Travail au moyen d'un fond mutualisé de ressources abondé par les différentes associations et dirigé conjointement par l'Inserm et le Cnrs.

## Santé publique, environnement et logique financière : de la catastrophe d'AZF à une politique de prévention des cancers

### Journées de Printemps du Syndicat de la Médecine Générale

Les 9, 10 et 11 mai 2003 à Toulouse

*Quelles leçons tirons-nous de la catastrophe d'AZF pour la santé publique ?*

*De très nombreuses personnes, organisations, structures de soins et de santé publique ont su répondre à l'urgence et l'ampleur de la situation. Nous analyserons ensemble ce qui fut une réponse relativement pertinente, bien que largement improvisée, des différents acteurs concernés : solidarité citoyenne, travail des soignants, réaction des tutelles administratives.*

*Mais nous poserons aussi la question de ces catastrophes beaucoup moins spectaculaires, car lentes et peu apparentes, évoluant sur le long terme, que représentent les atteintes à la santé liées aux facteurs environnementaux et professionnels. La bonne volonté des uns et des autres est ici inopérante. La logique industrielle et financière qui domine aboutit à la fabrication de produits (OGM, pesticides, peintures, etc.) dont l'impact en terme de santé et d'environnement n'est absolument pas étudié.*

*Pour y remédier, il est nécessaire de dépasser la prévention individuelle, seule réponse actuelle de la société pour aller vers le collectif, et aborder les causes socio-environnementales des maladies : conditions de travail, de vie, d'alimentation, inégalités sociales de santé.*

*Les journées de Printemps du Syndicat de la Médecine Générale où se croiseront témoignages de terrain et contributions théoriques sont une participation à cette nécessaire construction collective de notre Santé.*

*Une bonne occasion de nous voir pour réfléchir ensemble dans une ville superbe où la convivialité et l'aspect festif seront à coup sûr de la partie. Réservez ce week-end pour venir à Toulouse.*

Pour tous renseignements concernant le programme et les possibilités d'hébergement, contacter :

**Jocelyne Deville ou Marie-Odile Herter**  
tél. : 01 46 57 85 85 - fax : 01 46 57 08 60  
e-mail : SyndMedGen@aol.com  
<http://www.smg-pratiques.info>



**Résumé : L'absence de « mémoire », d'histoire racontée sur la colonisation et la décolonisation de l'Afrique du Nord, n'aide pas « juifs » et « arabes » vivant en France à communiquer.**

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Je connais bien les B., je suis le médecin de leurs enfants. Je les aime bien et je crois qu'ils m'aiment bien. Lors de la dernière consultation, nous avons éclaté de rire, les deux parents et moi et leurs deux enfants âgés de 2 à 5 ans nous ont regardé rire en souriant eux-mêmes. Ils m'ont dit qu'ils quittaient la région et cela m'a fait beaucoup de peine. Ils vont s'en aller sans que j'ai pu leur dire qui je suis. Ils sont musulmans et je suis juif. Moi, je sais qu'ils sont musulmans, eux ne savent pas que je suis juif. Il est bien évidemment normal qu'une relation entre un médecin et ses clients ne soit pas symétrique, mais ce qui a lieu là dépasse l'asymétrie normale. Dans mon silence sur mes origines, il y a 5 % de réserve naturelle du médecin et 95 % d'une histoire douloureuse qui inclut la colonisation et la guerre d'Algérie d'une part et, d'autre part, l'interminable conflit en Israël-Palestine. Ils ont 30 ans, c'est-à-dire qu'ils sont nés 10 ans après la fin de la guerre d'Algérie. Et la quasi-totalité des juifs d'Afrique du Nord étaient partis soit en France soit en Israël avant leur naissance.

Que peuvent ils bien savoir de l'histoire de l'Afrique du Nord ? Depuis quelques années, le mur de silence sur cette histoire est un peu lézardé. On entend dire qu'il y a eu de la torture, on entend dire aussi que la France a abandonné les Harkis. On sort lentement de l'épopée simplificatrice dans laquelle un mouvement de libération admirable libérait de façon admirable un peuple uni voué au bonheur éternel. Par

ailleurs, après la guerre, beaucoup d'Algériens sont venus vivre en France et ont été exploités, humiliés, maltraités. Et cette histoire des bidonvilles et des hôtels sordides avait, elle aussi, été très peu dite et analysée. Mais ce discours affleure à peine depuis peu. Ils ont vécu les vingt premières années de leur vie dans une ambiance où régnaient le silence et la simplification.

M. et Mme B. sont-ils enfants de harkis ou de travailleurs humiliés ? Je n'en sais rien et je n'ai jamais osé aborder avec eux ces questions.

Que savent ils des juifs ? Probablement pas grand chose. L'histoire des juifs d'Afrique du Nord est très mal connue, y compris des juifs eux-mêmes. Par ailleurs, il est peu vraisemblable qu'elle ne soit pas parasitée par le conflit du Moyen-Orient. La question qui se pose à moi est donc : compte tenu de l'absence d'une mémoire sereine de ce qu'a été la colonisation, la décolonisation, l'utilisation-exploitation des travailleurs immigrés ; compte tenu aussi de l'ignorance de ce qu'a été la vie des juifs en Afrique du Nord (c'est-à-dire ma vie à moi, celle de mes parents et grands-parents depuis des temps immémoriaux) ; compte tenu de la violence des affrontements en Israël-Palestine, comment un juif peut-il parler à un arabe ?

Et j'en veux beaucoup à l'opinion publique française. Autrefois, elle était majoritairement pro israélienne, ce qui était se dédouaner un peu de la rafle du vel d'hiv et prendre par procuration une revanche sur la guerre d'Algérie, aujourd'hui elle est majoritairement pro palestinienne, mais toujours avec la même ignorance et la même envie de choisir vite son camp, de peur d'affronter la complexité, les pesanteurs de l'histoire et sa responsabilité qui est considérable. Entourés de silence et de paroles vides et fausses, nous nous sommes d'abord serrés la main, puis nous nous sommes embrassés. Ils n'ont sûrement pas compris, mais ils ont certainement ressenti que j'ai tout plein de choses à leur dire. Et que j'ai besoin de les dire. Et qu'il y a un cercle vicieux : il est très difficile de dire des choses nuancées et vraies dans cette atmosphère d'ignorance, de simplification et de guerre, mais tant que nous ne serons pas capable de parler vrai, la guerre et l'ignorance prévaudront.

## Des non-dits douloureux

Résumé : L'auteur dénonce le scandale que constitue l'inégalité d'accès aux soins, tant en France que dans les pays du Tiers Monde.

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue  
hospitalier

En l'espace d'un mois, à la fin de l'année 2002 et au début de l'année 2003, deux décisions, l'une nationale et l'autre internationale, ont été prises avec un étonnant cynisme. Une preuve de plus que les axes du bien et du mal ne sont pas toujours ceux qu'on nous montre du doigt. La couverture médicale universelle (CMU) était une réforme fondamentale, à mettre à l'actif du gouvernement précédent. La réforme de la CMU faite au mois de décembre par le gouvernement actuel n'a pas créé de vagues dans le landerino sanitaire, sociale et politique. Pour tout dire, elle est passée inaperçue. Le non remboursement des soins aux étrangers en situation irrégulière est pourtant une hypocrisie dangereuse. C'est tout d'abord une décision inhumaine, car les hommes et les femmes qui immigreront vers les pays riches ne le font pas de gaieté de cœur. Certains travaillent chez nous depuis des années et leur refuser les soins est une injustice. C'est de plus une stupidité sanitaire. Ne pas soigner un sans papiers atteint de tuberculose, c'est accepter la diffusion de la maladie dans son milieu et dans le reste de la population. C'est aussi une hypocrisie économique, car le pouvoir politique n'est pas sans savoir que nombre d'entre eux finiront par être hospitalisés, à un stade plus grave de leur affection, et que le coût sera entièrement assuré par l'hôpital public à budget constant. Cela ne fera que grever un peu plus les finances des hôpitaux, surtout les établissements situés en banlieue

défavorisée. Ce déficit des dépenses dites irrécouvrables pénalise grandement le fonctionnement de l'hôpital public, le secteur privé étant par définition exempté de soigner cette clientèle. Pour votre santé, les pauvres, circulez.

C'est au nom de cette même idéologie qu'en janvier 2003, les Américains ont mis leur veto à la diffusion des médicaments génériques destinés aux malades atteints de Sida. On avait

cru la partie gagnée avec la victoire juridique remportée par l'Afrique du Sud, avec l'aide des organisations non gouvernementales, sur le lobby des entreprises pharmaceutiques américaines. C'était sous-estimer « l'axe du bien ». Pas besoin pour lui de diffuser des bactéries nuisibles comme certains gouvernements diaboliques, il lui suffit de refuser le traitement aux populations infectées. La bonne conscience est sauve et les finances aussi.

Jusqu'où ira le cynisme de ceux qui détiennent en leur pouvoir la santé des autres ? C'est ce même cynisme et ce même mépris qui fut, il y a quelques années, à l'origine de la révolte des peuples colonisés et des guerres de libération. Les circonstances changent, mais le fond reste. Le mépris engendre la haine. Une haine d'abord silencieuse avant de devenir sanglante. Les colonies ont théoriquement disparu, mais les relations entre riches et pauvres restent imprégnées de ce cynisme, intolérable pour celui qui le subit. Si j'étais Africain, quelle vision aurais-je de ces peuples qui n'ont que la démocratie à la bouche et laissent mourir mes parents ? Si nous ne changeons pas d'attitude, craignons qu'un jour la situation ne s'inverse et que les exclus s'en prennent à notre santé. Les plus grandes armées du monde ont fini par être vaincues par la révolte des peuples humiliés.

# Santé : les pauvres, circulez

**Résumé :** Dans le contexte très défavorable à la prévention du point de vue de la santé que révèlent les évolutions réglementaires actuelles, des médecins du travail saisissent l'opinion du fait que le maintien de la notion d'aptitude pourrait déboucher sur une sélection des salariés sur des critères probabilistes et eugénistes.

**D**epuis 1980, des décrets portant sur la prévention de produits chimiques ou de risques physiques toxiques ou dangereux (Chlorure de vinyle monomère, benzène, rayonnements ionisants hors et dans les INB, plomb, gaz de fumigation, bruit, milieu hyperbare, amiante) imposent aux médecins du travail d'attester sur la fiche d'aptitude que le travailleur, affecté à un poste l'exposant à ces risques, ne présente pas de contre-indication à l'exposition au risque considéré. Le décret N° 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001, concernant les CMR (substances Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction) ainsi que l'article R 231-56-11 du Code du travail étendent cette obligation aux CMR.

Plusieurs syndicats et associations de médecins du travail se sont pourvus devant le Conseil d'Etat pour faire abroger cette dernière disposition. Ils ont été déboutés de leur demande.

Leur démarche s'explique par le caractère éminemment dangereux pour les salariés de l'avis d'aptitude qui pourrait devenir un instrument de sélection sur des critères de santé des travailleurs, dès lors que les moyens techniques et de l'indépendance des médecins du travail deviendraient insuffisants.

L'évolution actuelle de la réglementation qui envisage de leur retirer en partie les visites médicales d'aptitude et de les faire effectuer par des médecins sans titre de spécialité, favorisée par la pénurie sciemment entretenue par les pouvoirs publics en médecins du travail, conforte cette inquiétude.

En outre, les projets réglementaires prévoient, au prétexte d'instituer une approche disciplinaire des questions de prévention par ailleurs souhaitable, de confier des activités en milieu de travail, effectuées actuellement par les médecins du travail ou sous leur contrôle, à des intervenants, médecins et non-médecins, experts de l'employeur, sans aucun statut d'indépendance et sans contrôle social des représentants des salariés, ni contrôle administratif des autorités de tutelle.

L'esprit de ces transformations se retrouve dans les considérations du Conseil d'Etat et leur analyse illustre les risques que représente la notion d'aptitude pour les salariés.

Cette décision est la parfaite illustration des logiques libérales qui s'étendent à tout le champ social y compris celui de la santé au travail. Il s'agit ici d'un renversement des valeurs qui est à comparer au traitement purement économique et statistique de la médecine de soins qui la vide en partie de sa déontologie au profit de logiques financières.

Les médecins du travail estimaient que, dans l'article L 241-2, le rôle préventif du médecin était en lien avec la technique médicale et donc relevait de la prévention médicale laquelle privilégie l'éviction du risque et le Conseil d'Etat répond qu'on leur demande l'éviction du salarié dans l'intérêt de sa propre santé, pour le protéger du risque !

Cela traduit l'envahissement du champ de la prévention des risques du travail pour la santé par une logique qui n'est plus préventive mais pseudo-assurancière : il ne s'agit plus de supprimer le risque pour le salarié mais principalement de supprimer le risque pour l'employeur. Cette logique conduit à éviter d'accepter dans un poste à risque, non pas des salariés malades, mais ceux appartenant à un groupe ayant une occurrence de risque plus importante. C'est le principe de la méthode qu'applique les assureurs afin de calculer les primes et éventuellement de refuser d'assurer les contractants à partir du moment où ils appartiennent à un « groupe à risque ». Toutefois les assureurs s'assurent que leur critère de sélection est parfaitement validé statistiquement.

Alain Carré

*Médecin du travail,  
membre de l'Association Santé  
et Médecine du Travail*

## Bienvenue à Gattaca<sup>(1)</sup> ?

<http://www.a-smt.org/>

Le fait que l'arrêt du Conseil d'Etat porte sur les CMR permet d'illustrer que l'aptitude n'est pas seulement induite par les logiques libérales mais qu'elle tend à devenir l'enfant monstrueux du croisement de l'eugénisme médical français traditionnel, à l'origine même de la notion d'aptitude, et du libéralisme économique.

Aucun argumentaire scientifique ne permet en effet actuellement de déterminer une absence de contre-indication aux CMR. Dans ce domaine règne une vaste marge d'imprécision. Par exemple :

- Il n'existe pas d'effet seuil aux CMR.
- En pratique, l'exposition pour un même salarié est rarement unique et des données manquent pour apprécier l'effet cumulé de l'exposition à plusieurs cancérogènes.
- On n'a aucune connaissance sur les prédispositions individuelles aux CMR et leurs éventuelles combinaisons entres-elles et avec d'autres facteurs.

Mais l'on sait, avec certitude, qu'exposer quelqu'un à un cancérogène lui fait prendre un risque. La notion d'absence de contre-indication en médecine débouche sur une issue thérapeutique sensée être favorable. En médecine du travail elle autorise à exposer un salarié à des risques graves ! Or l'interdiction de faire courir un risque à un patient est formalisée par l'article 40 du code de déontologie médicale <sup>(2)</sup>. Il y est précisé par l'article 95 <sup>(3)</sup> que le médecin salarié ne peut agir que dans l'intérêt de la santé publique, de la santé des personnes et de leur sécurité. D'autres obligations sont imposées au médecin dans ses rapports au patient : l'article 70 <sup>(4)</sup> lui impose de ne pas formuler de prescriptions qui outrepasseraient ses connaissances.

Le Conseil d'Etat prétend qu'il existerait des « éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ». Les éléments probabilistes qui sont les seuls disponibles, et qui manquent dans de nombreuses situations, conduiraient à sélectionner les salariés en fonction de ces risques supposés ce qui entraînerait la contre-indication à l'exposition au risque de la quasi-totalité des salariés, par exemple, les fumeurs, ceux qui ont déjà été exposés à des cancérogènes professionnels, ceux qui vivent en milieu urbain (HPA), ceux qui vivent en milieu rural (pesticides), ceux qui, dans leurs ascendants ou leurs collatéraux, comptent des individus ayant eus des cancers, les salariés âgés de plus de 45 ans, les femmes en âge de procréer... et la liste

est loin d'être close. Cela démontre que ce n'est pas tant la contre indication qui est recherchée ici par le législateur mais l'absence de contre-indication à l'exposition à un risque pour préserver sa bonne conscience au prix d'un reniement déontologique des médecins du travail.

L'absence de contre-indication est incluse dans l'aptitude, comme en témoigne l'article R 241-52 du code du travail <sup>(5)</sup>. C'est pourquoi les prescriptions réglementaires incluent cette attestation dans l'avis d'aptitude. Préciser en quoi consiste la contre-indication, c'est préciser ce qu'est l'aptitude. L'arrêt du Conseil d'Etat destiné paradoxalement à conforter l'aptitude revêt un intérêt essentiel pour la supprimer.

Pour la première fois, une définition réglementaire opératoire de l'aptitude est disponible par ce qu'elle implique en matière d'absence de contre-indication. Jusqu'alors la notion d'aptitude n'avait pas de réalité technique ce qui en rendait l'application ambiguë. La jurisprudence, tourne, plutôt autour de la notion d'inaptitude qui n'est pas exactement l'envers de l'aptitude. En effet dans ce cas la notion de danger ou de risque pour la santé est au premier plan. Cette notion est bien ancrée dans la tradition médicale tournée vers le dépistage pathologique et de son pronostic pour un sujet précis en difficulté de santé. La professionnalité du médecin du travail consiste donc en partie à décider de l'inaptitude dans des cas concrets.

Notons au passage que le code du travail fait de l'aménagement du poste induit par l'inaptitude une obligation pour l'employeur <sup>(6)</sup>.

La situation inverse c'est à dire, déterminer, a priori, si, individuellement, du fait de son état de santé, un sujet « sain » va courir un risque n'est pas du domaine du pronostic médical mais de la prévision, notion probabiliste qui s'applique à des groupes et non à des individus. Fort utile en santé publique cette notion ne se prête pas à un processus de certificat individuel.

Outre le fait que les lois de 1994 sur la bioéthique prescrivent que : « Toute pratique eugéniste tendant à la sélection des personnes est interdite », rappelons, en effet, que l'article L 122-45 du Code du travail <sup>(7)</sup> précise clairement que pour constituer une exception au délit de discrimination, l'inaptitude doit porter sur « l'état de santé ou le handicap » du salarié. Toute inaptitude qui reposerait sur des éléments statistiques sans que le salarié soit malade ou handicapé et permettant seulement des hypothèses quant à l'évolution future est un acte de discrimination.

Professionnellement les médecins du travail doivent donc arrêter collectivement la conduite suivante :

Considérant que la mission des médecins du travail est d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait du travail, et que la déontologie médicale leur impose d'agir en priorité dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité et de s'assurer que les avis qu'ils émettent concernant un patient sont scientifiquement validés.

Considérant que l'avis d'aptitude, en particulier lorsqu'il atteste d'une absence de contre-indication, repose actuellement au mieux sur une prévision de nature probabiliste, et ne peut donc être légitime en référence à un individu.

Ils demandent que l'avis d'aptitude soit remplacé par un avis de suivi médical en rapport avec un poste de travail.

Considérant que l'intérêt de la santé d'un salarié ne réside pas dans son éviction du poste de travail mais dans la suppression des risques qu'il encourt du fait de son travail.

Considérant que l'inaptitude consiste à émettre un avis médical pronostique d'incompatibilité entre l'état de santé ou le handicap immédiat d'un salarié et les risques inhérents au poste de travail qu'il occupe.

Considérant que tout avis individuel d'inaptitude qui reposerait sur une prévision de nature probabiliste, a fortiori sur une prédiction sans fondement scientifique, serait une discrimination au sens de l'article L 122-45 du Code du travail et contraire à la déontologie médicale.

Ils décident que l'inaptitude ne peut être justifiée que pour protéger un salarié dont l'état de santé dégradé ou le handicap entraînent un risque avéré inhérent au poste de travail occupé par l'intéressé.

**1.** Dans un film d'anticipation récent (anticiper n'est-ce point précéder la réalité) « Bienvenue à Gattaca », un homme né « naturellement », sans manipulation génétique (devenue une pratique courante à cette époque), est, de ce fait, condamné à des emplois subalternes et à une vie misérable. Pour échapper à ce sort, avec la complicité d'un ami génétiquement irréprochable, il décide de faire croire, en trichant, qu'il est doté du capital génétique requis pour avoir accès à l'emploi de ses rêves. La sélection est assurée par des médecins qui, utilisant les tests les plus élaborés, traquent de façon quasi policière les défauts génétiques et opèrent ainsi une impitoyable sélection parmi les candidats à l'emploi. Ces médecins sont l'image à peine déformée de ce que deviendraient les médecins du travail si les projets réglementaires actuels aboutissaient.

**2.** Art. 40 du CDM - Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

**3.** Art. 95 du CDM - Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

**4.** Art. 70 du CDM - Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

**5.** Article R. 241-52 du CDT (extrait) : Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires

a) A la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail...

**6.** Article L. 241-10-1 du CDT : Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur du travail.

**7.** Article L 122-45 du CDT : Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de sa situation de famille, de ses caractéristiques génétiques, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son apparence physique, de son patronyme ou, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail dans le cadre du titre IV du livre II du présent code, en raison de son état de santé ou de son handicap.

Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire visée à l'alinéa précédent en raison de l'exercice normal du droit de grève. Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire pour avoir témoigné des agissements définis aux alinéas précédents ou pour les avoir relatés.

Résumé : La prostitution n'est pas une liberté, ni un art ; c'est une violence, une exploitation sordide. Les droits réclamés par les collectifs de prostituées sont des droits universels. L'Etat doit mettre en place des mesures pour permettre à celles qui le veulent de sortir de la prostitution, y compris les étrangères et non encourager le harcèlement policier comme le veut la loi Sarkozy.

Suzy Rojzman

Membre du Collectif National  
pour les Droits des femmes

# Pour une société sans prostitution

« Ni à prendre, ni à vendre, le corps des femmes n'est pas une marchandise ! »

Ce slogan, répété à l'envi par le cortège du Collectif National pour les Droits des Femmes durant la manifestation des filles des quartiers du 8 mars dernier, résume de façon saisissante le débat actuel autour de la prostitution.

En effet, depuis la chute du Mur de Berlin, la mise en place de la mondialisation néo-libérale qui a permis la croissance considérable des réseaux mafieux internationaux, on a vu refluer dans tous les pays des arguments visant à légitimer la prostitution et le proxénétisme. Lors de la 4<sup>ème</sup> Conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (Pékin, 1995) est apparue dans les textes officiels une distinction entre la prostitution « libre » et la prostitution « forcée ».

La prostitution « forcée » concernerait les personnes victimes de la traite, alors que la prostitution « libre » concernerait la prostitution « locale » et serait le fait de personnes qui ont « choisi » de se livrer à une telle activité. Certains pays, comme les Pays Bas (mais d'autres font pareil : Allemagne, Espagne), considèrent la prostitution comme un métier et ont récemment (octobre 2000) légalisé les bordels, intronisant les proxénètes comme des « entrepreneurs » au même type que le PDG de n'importe quelle entreprise. On parle désormais de « travail du sexe » comme on

parle de travail auprès des enfants ou de travail à l'usine. Les tenantes de la prostitution « libre » distinguent aussi la prostitution infantile, qu'il faut réprimer, de la prostitution adulte librement choisie. Comme si ce qui est un crime à 18 ans moins un jour devient une profession à 18 ans plus un jour ! Et comme tout cela veut paraître très tendance et libéré, strass et paillettes, new look et avant gardiste, on traite les féministes qui s'élèvent contre de telles affirmations de moralistes, réacs, coincées du cul, pudibondes. Et on tente de les culpabiliser, car elles se livreraient à la stigmatisation des prostituées. Et on réutilise leurs termes tels que : libre disposition de son corps.

Il est important de dire que les féministes qui sont ainsi qualifiées sont les mêmes qui luttaient dans les années 1970 et luttent encore pour la liberté de l'avortement et le libre choix de son orientation sexuelle. Pas exactement des mères la pudeur...

Collectif National  
pour les Droits des femmes  
21 ter, rue Voltaire  
75011 Paris  
Tél : 01 43 56 36 48  
e-mail : colcadac@club-internet.fr

La prostitution n'est pas une liberté, ni un art (comme le prétendait chez Ardisson en février dernier la juriste Marcela Iacub, empêtrée dans ses fantasmes de courtisane de luxe), ni un choix, ni un service social. C'est une violence, une contrainte imposée par la pauvreté, les fins de mois extrêmement difficiles et/ou les violences subies dans l'enfance ou l'adolescence. C'est une exploitation sordide où chaque partie du corps est tarifée, dont les prostituées qui parlent de libre choix ne veulent pour rien au monde pour leur fille. C'est un véritable tour de passe-passe qui consiste à faire passer pour une liberté le pire des esclavages : comment peut-on parler de liberté quand on accepte l'idée qu'une catégorie de personnes (des femmes en majorité) soit à la disposition des clients (des hommes) afin de satisfaire leurs désirs sexuels ? Comment peut-on parler de liberté sexuelle dans la prostitution alors que cette même liberté sexuelle implique un désir bilatéral, ce dont il n'est évidemment pas question ici ?

Ni à prendre, ni à vendre, le corps des femmes n'est décidément pas une marchandise. Marchandise d'ailleurs dont tout le monde profite : les proxénètes, les clients, mais aussi l'Etat qui impose très lourdement les prostituées. C'est en ce sens que l'on peut parler de système prostitutionnel.

Les Collectifs de prostituées (France Prostitution ou autres), partant du fait que la prostitution est un métier, réclament des droits liés à cette profession. Mais les droits qu'ils réclament sont des droits universels dont tout le monde doit pouvoir bénéficier sans discrimination aucune. Tout le monde doit pouvoir bénéficier de la CMU, de l'accès aux soins, du minimum vieillesse, du RMI, de l'accès à un HLM, de l'inscription à l'ANPE, etc. Et l'on sait très bien que les prostituées doivent subir des revers auprès des services sociaux, elles qui ont déjà beaucoup de mal à effectuer ce type de démarche.

Il est nécessaire que la France, qui a ratifié en 1960 la Convention abolitionniste de 1949,

mette en place une réelle politique et de réelles mesures alternatives pour permettre aux personnes qui désirent sortir de la prostitution de le faire sans risquer d'y retomber par manque de moyens et découragement. Il faut pour cela leur donner accès à des formations rémunérées qualifiantes et diplômantes de longue durée, annuler les dettes fiscales et les amendes, mettre en place des mesures en faveur de leurs enfants si elles en ont, assurer un hébergement immédiat et aussi de longue durée, sécurisé si nécessaire, former les intervenantes sociales pour l'accueil et l'aide de ces personnes.

Pour les personnes étrangères sans papiers, il faut leur délivrer un titre de séjour définitif, même si elles ne peuvent dénoncer les réseaux et les proxénètes comme le commande la loi Sarkozy. Il faut renforcer considérablement les moyens de lutte contre les proxénètes et les réseaux des services tels que l'Office central de répression de la traite des êtres humains.

Enfin, il faut lancer une politique résolue de « responsabilisation » des acheteurs de la prostitution. Il faut former, informer, sensibiliser, notamment dans l'Éducation Nationale, les jeunes garçons et les hommes afin qu'ils prennent conscience de ce qu'est le système prostitutionnel comme l'ensemble des violences faites aux femmes.

La loi Sarkozy, récemment votée, qui prévoit la répression du racolage, actif comme passif, ne va pas dans ce sens. Sous prétexte de combattre la prostitution, elle s'attaque aux premières victimes de ce système : les personnes prostituées elles-mêmes. Elle risque ainsi d'augmenter considérablement les difficultés rencontrées par ces personnes. Elle a d'ores et déjà permis la reprise du harcèlement policier et notamment la reconduite à la frontière des étrangères. Elle va dans le sens des retours de bâton plus généraux entamés contre les droits des femmes. Nous ne pouvons que nous battre pour son abrogation.

Comme nous continuerons à nous battre pour une société sans prostitution.

Marie-Jeanne Martin

Médecin généraliste

**C'**est une petite dame, inquiète, assise sur le bord de la chaise. Elle parle un français tout en fautes de syntaxe qu'elle mixte au patois. Elle s'excuse souvent, pour tout, pour rien, d'être là. Elle regarde son mari de temps en temps, timidement, de côté. C'est un gros monsieur, au visage rouge. Tout son corps dit sa colère : la tension du torse, les poings serrés et le regard dur. Il marmonne de temps en temps. C'est le troisième centre d'IVG « qu'ils font », il n'y avait plus de place. La dame parle, craintive, pour dire que c'est pas sa faute, que les enfants, ils les aiment, ils en ont cinq à la maison.

# C'est une petite dame

C'est pas sa faute, elle rentrait de faire le ménage dans un bureau du centre. Il faisait nuit et froid, elle marchait vite. Elle a vu cet homme qui habite le quartier s'approcher. D'abord, elle n'a pas compris ce qu'il disait, puis elle a compris ce qu'il voulait, mais le coup de pied qu'elle a donné n'était pas assez fort. Quand il l'a poussée violemment contre le mur, elle s'est dit qu'il valait mieux lui laisser faire son affaire. Ensuite ça a été la colère de son mari et le test positif. Le gros monsieur se lève et gronde de sa voix grave qu'il va le tuer.

Alors la petite dame se lève aussi et lui fait face et se fâche. Elle n'a pas besoin de lui en prison, alors les conneries, ça suffit.

C'est vendredi. Attendre encore, c'est au dessus de ses forces.

Elle ne fait plus rien à la maison, elle ne s'occupe même plus des enfants, elle pense tout le temps à son ventre, à ce qui pousse dedans.

S'ils peuvent rester quelques heures, on installera un lit de fortune dans la salle d'attente.

Ils peuvent.

Après l'IVG, la petite dame s'assoit.

« C'est fini ? » « Oui, c'est fini. »

« Il n'y a plus rien de lui dans moi ? » « Non, plus rien. »

« Alors, c'est bien. »

Et la dame met sa tête sur ses genoux, elle se recroqueville, elle est encore plus petite.

Mon regard croise celui du gros monsieur, il n'y a plus de colère. Il soulève le visage de sa femme, il la prend dans ses bras et il l'emporte comme on porte quelque chose de fragile et précieux.

## Courrier des lecteurs

### « Rendre compte de la complexité »

La lecture du dossier « Santé des femmes » m'a laissé un trouble... Je soigne des ouvrières des filatures en retraite et de ce qu'elles me racontent, des petits chefs, des droits de cuissage, je ne sais si les conditions se détériorent. Ce qui se détériore c'est la sécurité de l'emploi...

« Les femmes et les hommes sont de plus en plus considérés comme des marchandises à consommer » : mon grand-père était considéré comme une machine à produire. Mon père comme une machine à produire et à consommer et moi comme une machine à consommer et éventuellement à produire.

Deleuze nous pense comme machine désirante.

Plus généralement, je pense que Marx et Freud ne sont plus suffisants en 2003 pour penser la médecine comme bien d'autres choses. Il faut aller regarder chez Foucault, Deleuze, Stenger et bien d'autres afin de pouvoir penser la complexité.

*Pratiques* est un espace de réflexion. Cette revue ne peut donc être d'abord militante, c'est-à-dire binaire. Elle doit rendre compte de la complexité de l'histoire même si cette complexité dérange.

Bertrand Riff

*Un forum a réuni le 9 février 2003 au Sénat des psychanalystes israéliens, palestiniens et français pour aider à la construction d'un dialogue face à la situation catastrophique où sont plongés Israéliens et Palestiniens. Pratiques publie ici l'intervention de l'un d'entre eux, Nazir Hamad. Pratiques va continuer ce travail de dialogue entre des psychanalystes du Proche-Orient qui travaillent ensemble en organisant une table ronde à paraître bientôt.*

**Nazir Hamad**

*Nazir Hamad, psychanalyste d'origine libanaise pratique la psychanalyse en France et aussi à Gaza avec l'association d'aide à la santé mentale, Palestinian Mental Health, dont le sous-titre est « nous nourissons l'espoir », en lien avec des collègues psychanalystes israéliens. Il a publié de nombreux ouvrages, notamment Destin d'enfant avec Françoise Dolto, Gallimard, Un enfant adoptif et ses familles, Denoël 2002 et bientôt Nous autres sur la double appartenance, chez Denoël.*

# Au-delà de sa vérité

J'ai eu cette chance unique d'avoir été à Gaza en octobre 1993 au moment de la signature des accords d'Oslo. Je participais au congrès de l'Association de La Santé Mentale de Gaza et ils étaient tous impatients de voir enfin la paix devenir une réalité. En attendant, les deux partenaires étaient toujours sur le pied de guerre. Les soldats israéliens, fusil à la main, scrutaient méfiants les jeunes Palestiniens toujours prêts à en découdre avec eux. Les jeunes étaient nombreux à tourner autour de nous à la recherche de contact. Les organisateurs faisaient tout pour nous éviter de telles rencontres, mais j'ai réussi à deux, trois reprises, à leur fausser compagnie et à aller vers ces adolescents. Ils étaient ravis de tomber sur quelqu'un qui parlait leur langue. Peut-être savaient-ils que notre entrevue ne durerait pas longtemps, car ils me livraient en toute hâte leur message : « Ils ne veulent pas qu'on vous parle. Ils ont peur de nous, peur de ce qu'on a à vous dire. Ils ont aussi peur de nous que les soldats israéliens. Nous n'avons pas peur car nous savons que nous gagnerons à la fin. D'ailleurs le Prophète nous a dit dans le Hadith <sup>(1)</sup> qu'un jour viendra où le Juif ira se cacher derrière les pierres et les arbres et que ceux-ci appelleront les musulmans pour leur dire : Il y a un Juif derrière nous, venez le tuer. Tous les éléments dénonceront les Juifs sauf l'arbre el Gharkad <sup>(2)</sup>. » J'ai commenté sur un ton quelque peu moqueur : « Alors, il n'y a plus d'espoir pour eux, ils seront tous morts. » Un jeune adolescent m'a répondu toujours aussi ferme : « Dans ce cas-là, ils auront récolté ce qu'ils ont semé. » Cela eut un effet de malaise sur nous et ne voulant pas m'arrêter là-dessus, j'ai demandé aux adolescents si cela les intéressait que je leur explique comment je comprenais cet Hadith. Ils étaient curieux de l'entendre. « Le Prophète voulait dire qu'il y a toujours quelque chose ou quelqu'un qui refuse l'unanimité et s'autorise à

dire non. Cela sauve d'autant plus que cette unanimité se fait au nom de l'exclusion ou du sacrifice de l'autre différent. Ce quelqu'un a un nom. Il s'appelle le juste. » Un d'eux m'a répondu que j'étais un drôle d'imam et nous nous sommes quittés sans autre commentaire.

La signature des accords d'Oslo a eu lieu quelques heures plus tard. La population palestinienne est sortie fêter cet événement avec beaucoup de joie et surtout beaucoup de dignité. J'ai rencontré quelques-uns de ces adolescents fêtant l'avènement de la paix ; et quelle ne fut ma surprise quand j'ai vu des adolescents embrasser des soldats israéliens devenus tout à coup gauches avec leurs fusils qui ne leur servaient plus à rien. Pris à témoin de ce basculement dans leur approche de l'autre « ennemisé », je me suis longtemps demandé : « Qu'est-ce que devient la haine quand les ennemis d'hier décident d'aller l'un vers l'autre avec un sentiment nouveau ? » Et maintenant, quand je pense à cet épisode, je crois que les dirigeants des deux bords ont lamentablement trahi l'espoir auquel la jeune génération avait profondément cru. Ceux qui n'avaient pas su accueillir ce moment de basculement opéré par la jeune génération quand l'espoir de paix était permis devraient savoir qu'ils ont cultivé la mort dont ils sont devenus les commanditaires et leurs peuples les agents.

J'ai visité Jérusalem. Au mur des Lamentations, j'ai prié le Dieu des Juifs de nous accorder la paix. Il ne m'a pas entendu. Devant ce même mur, j'ai rencontré un Français installé récemment en Israël. Il m'a raconté son bonheur d'avoir enfin réalisé son rêve de regagner la terre promise. Je lui ai répondu un peu en trouble fête : « J'espère que votre bonheur ne causera pas le malheur des autres habitants de cette même terre. » Il m'a répondu qu'il ne faisait que réaliser son devoir de Juif. J'ai peut-être voulu troubler la tranquillité de sa conscience, car je lui ai raconté l'histoire de l'adolescent avec sa référence religieuse. Mon interlocuteur allait se révéler beaucoup plus sûr dans son droit que je ne l'avais cru, car il m'a

répondu sur un ton dégoûté : « Vous voyez comment ils sont, on ne peut pas discuter avec eux. » Voilà mon homme : à peine installé en Israël, il était devenu intraitable et surtout incapable de comprendre que cette référence à Dieu qu'il employait pour justifier ses actes ne faisait que réactualiser les références au sacré dans le camp adverse. Et ce faisant, chaque référence à sa propre vérité religieuse ne trouve sa légitimité que de l'occultation de l'autre.

Dans un cas comme dans l'autre, la référence à l'Autre Sacré dispense de rendre compte de ce qu'on dit ou ce qu'on fait, car elle inverse le rapport à la culpabilité. Alors, il n'y a pas de culpabilité inhérente à nos actes, aussi répréhensibles qu'ils puissent être. Quand on se sent missionné, un acte de violence à l'égard de l'autre devient purificateur, d'autant plus qu'il vise à parfaire l'image de « l'Autre sacré <sup>(3)</sup> », de l'« Autre » de la certitude, celui dont on pense qu'il ne trompera pas. D'autant plus que cette image est quelque peu ébréchée par la présence de l'autre différent, et surtout, par sa prétention de savoir quelque chose sur cette vérité toute, celle du Dieu Tout Puissant. Chasser l'autre différent devient une violence sacrée et fait de nous des anges triomphateurs ou des martyrs élus.

J'ai repensé à ma discussion avec cet homme à l'entrée de l'esplanade du Rocher. Les personnes qui étaient là m'ont demandé si j'étais Musulman. Un non Musulman n'avait pas le droit d'y entrer à l'heure de la prière. Quand j'ai répondu par l'affirmative, quelqu'un m'a demandé de le prouver. Comment le prouver ? « En récitant des versets coraniques ! » entendis-je dire. Mais un Chrétien ou un Juif pourrait avoir appris à réciter des versets par cœur. Pire encore, il pourrait avoir appris à faire des prières et si tel est le cas, un non Musulman pourrait se faire passer pour un Musulman. Voyant que mes arguments ne portaient pas, je finis par leur dire : « Dieu le sait et si quelqu'un m'empêche d'entrer, il sera puni dans l'au-delà. »

Le malentendu entre moi et « les gardiens du temple » était d'une autre nature. Ils voulaient que je leur prouve que j'étais le même. Un même qui fait nous en opposition à un autre groupe qui ne fait pas nous. Et comme je leur répondais que je n'étais pas le même, le message ne passait plus.

À l'aéroport, quand j'ai tendu mon passeport à l'employée de la douane – on ne tamponne pas le passeport des ressortissants des pays arabes afin de leur éviter des ennuis avec la police du pays de naissance –, cette dame m'a demandé si je voulais un souvenir d'Israël. Je lui ai dit que je n'avais pas d'idée précise. Et c'est alors qu'elle m'a demandé de tendre la main et elle me l'a tamponnée. Je lui ai dit qu'elle avait raison et que j'avais bien compris le sens de son message. Le seul rapport que nous avons au corps de l'autre, c'est de le trouver, d'y opérer un trou de balle, mais il y a une autre modalité beaucoup plus sympathique d'avoir affaire à nos corps, c'est d'y imprimer la marque de la lettre.

À mon retour en France j'ai décidé d'écrire les quelques réflexions qui se sont imposées à moi suite à ce voyage.

Ces réflexions, je me les suis posées sous forme de question. Y a-t-il une trahison nécessaire à faire qui nous permet de nous inscrire dans une nouvelle culture tout en restant en accord avec nos références symboliques ?

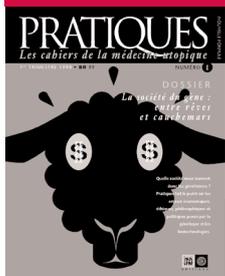
Je crois que oui. J'appelle cette trahison le refus de l'adhésion inconditionnelle à chaque vérité prétendue toute. Chaque fois qu'une telle vérité toute fonctionne dans le déni de l'autre supposé différent, le devoir de se désolidariser de cette vérité s'impose. P. Legendre appelle cela le devoir de désobéir quand la position de ceux qui nous gouvernent n'acceptent plus les nuances.

La fidélité aveugle à nos vérités supposées pures est une régression dont le prix est la démission et le recul devant ce qui fait notre authenticité et notre valeur de sujet.

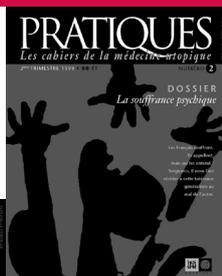
Trahir un peu fait que nul n'est censé ignorer qu'il est responsable de ce qu'il dit ou de ce qu'il fait. Le groupe jaloux de sa vérité qui se veut toute, ne fait qu'élever ce que Lacan appelle la passion de l'ignorance au statut de divinité. Cet espace qui s'ouvre à l'individu grâce à ce « trahir un peu », introduit l'autre de la différence comme la figure incarnée de ce « heimlich », cet autre semblable, celui qui est issu du premier autre de l'être humain et qui constitue son malaise, c'est à dire, sa propre image.

Enfin, la violence sacrée ne peut être juste car elle implique le refus de la dette symbolique, de celle qui fait que chaque civilisation est redevable aux autres et que nul ne peut prétendre incarner l'origine. Comment, me mettant au service du Tout Puissant, reconnaître à l'autre de la différence un droit de préemption ? Comment faire valoir qu'un olivier, qu'une maison, qu'un village a une histoire et que cette histoire est celle des vivants autour de leur olivier, dans leur maison ou dans leur village ? S'il nous faut une violence, c'est celle que nous faisons sur nous afin d'accepter une perte qui décale la question de l'origine et qui nous inscrit dans l'altérité. C'est le prix qu'il nous faut payer pour prendre le risque de se faire confiance et de faire confiance à l'autre. Il vaut mieux être dupe de cette confiance que de chercher la proximité de « L'Autre sacré » pour asseoir sa certitude.

- 
1. Paroles attribuées au Prophète.
  2. Arbre des régions désertiques.
  3. Selon les mots de Lacan.



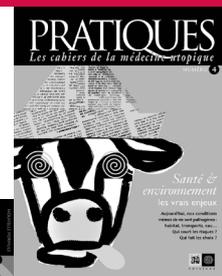
**n° 1 : La société du gène**



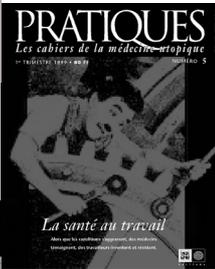
**n° 2 : La souffrance psychique**



**n° 3 : Penser la violence**



**n° 4 : Santé et environnement**



**n° 5 : La santé au travail**



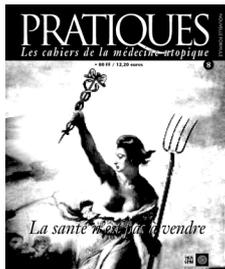
**n° 6 : Sexe et médecine**



**n° 7 : La responsabilité du médecin**



**n° 8 : La santé n'est pas à vendre**



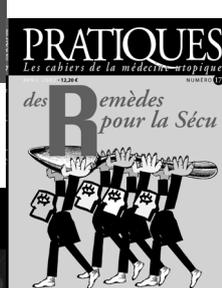
**n° 9 : L'hôpital en crise**

**n° 10 : Folle psychiatrie**

**n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort**



**n° 12 : L'information et le patient**



**n° 13 : La médecine et l'argent**



**n° 14-15 : Profession : infirmière**



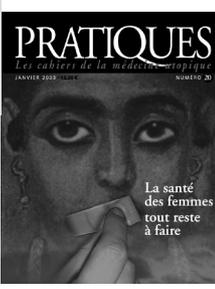
**n° 16 : Les émotions dans le soin (retirage du dossier)**



**n° 17 : Des remèdes pour la Sécu**

**n° 18 : Quels savoir pour soigner ?**

**n° 19 : La vieillesse, une maladie ?**



**n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire**

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire

- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

*prochain numéro : n° 22 : La santé publique, un enjeu collectif.*

## A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

*Pratiques* a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

*Pratiques*, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

### B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

- |                          |   |                               |
|--------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an  | <b>42,70 euros</b>            |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans   | <b>76,20 euros</b>            |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin<br>(étudiant, remplaçant, installé de moins de trois ans et demandeur d'emploi)          | <b>30,50 euros</b>            |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement à durée libre par prélèvements automatiques (joindre RIB + autorisation de prélèvement)                | <b>10,50 euros/ trimestre</b> |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité<br>(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :<br>- nombre d'exemplaires :<br>- intitulé du numéro : | <b>13,70 euros/n°</b>         |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro double 14/15 (16,80 € + 1,50 €)   | <b>18,30 euros</b>            |

nom \_\_\_\_\_

prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

profession \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :  
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France  
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60  
e-mail : [pratiques@aol.com](mailto:pratiques@aol.com)  
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

## PRATIQUES n° 21

Les cahiers de la médecine utopique  
Revue trimestrielle

### Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60  
e-mail : pratiques@aol.com ;  
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>  
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

### Directeur de la publication :

Patrice Muller  
Rédactrice en chef : Martine Devries  
Secrétaire de rédaction : Marie-Odile Herter  
Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

### Responsable de diffusion :

Dominique Tavé

### Comité de rédaction :

Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Daniel Coutant ; Monique Fontaine ; Hélène Girard ; Jean-Louis Gros ; Catherine Jung ; Marie Kayser ; Philippe Lorrain ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Bernard Meslé ; Anne-

Marie Pabois ; Elisabeth Péride ; Anne Perraut Soliveres ; Bernard Senet ; Martine Toulet.

**Correspondants :** Laurent Dianoux ; Denis Labayle ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Monique Sicard ; Christiane Vollaire.

**Dessins :** Serdu / Serge Duhayon

**Couverture :** Eloi Valat, d'après l'affiche du film *Fantomas*, Films Gaumont cinéma (D.R.)

**Illustration page 4 :** Eloi Valat

**Imprimerie :** J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion, 92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41  
e-mail : [j.imprime@wanadoo.fr](mailto:j.imprime@wanadoo.fr)

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2003  
commission paritaire n° 67150A5  
ISSN 1161-3726

Publié avec le concours du  
Centre National du Livre

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, chapeaux et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*