

[www.nicoledelapine.fr](http://www.nicoledelapine.fr)

Nicole Delépine

## De la mécanique "scientifique" robotisée à l'art médical.

"L'obscurantisme est de retour mais cette fois nous avons à faire à des gens qui se recommandent de la raison " Pierre Bourdieu.

"Les SOR ne se substituent pas au jugement clinique des médecins" ok, mais ils sont obligatoires!

Que devient la cancérologie enfermée dans le "plan cancer " ?

"CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

**Résumé:** L'organisation des soins en cancérologie évolue pour intégrer les mesures du plan national de lutte contre le cancer dans les volets cancer des prochains SROS. Chaque établissement de santé exerçant l'activité de traitement du cancer doit garantir une organisation appuyée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation des référentiels validés et sur un travail en réseau.

Le réseau régional de cancérologie élabore les référentiels régionaux à partir des recommandations nationales, coordonne la mise en place du dossier communiquant de cancérologie et évalue ses membres." (souligné par l'auteur).

Pendant nos études de médecine et les nombreuses lectures qui ont suivi tout au long de notre vie de médecins, les congrès nationaux et internationaux, les réunions scientifiques, la réflexion au lit du patient, nous avons appris à réfléchir, à trier, à intégrer les mille et une questions qui se posent avant de choisir un traitement pour un malade donné, en fonction de son âge, ses antécédents familiaux et personnels, ses caractéristiques propres tant physiques que psychiques etc., bref à traiter chaque patient comme un individu unique, qu'il est réellement.

Bien que le plan cancer annonce en première intention accorder à chaque patient un parcours "personnalisé, il n'en est rien. Chaque patient doit être intégré d'après les lignes qui précèdent dans une fabuleuse machine à normaliser malades et médecins.

Traduisons cette circulaire pour ceux qui ne pratiquent pas les circulaires ministérielles quotidiennement. Chaque patient quel que soit son mode d'entrée dans le circuit cancérologique est capté par ce système unique établi en haut et devant être appliqué à tous les niveaux sous peine de non accréditation des établissements qui en dérogeraient. En d'autres termes, aucun médecin ne pourra exercer la cancérologie en dehors de ces réseaux obligatoires.

Chaque réseau régional établira par maladie, stade de celle-ci (limité ou généralisée), un "protocole de traitement " impératif. Aucun moyen d'y échapper, seule alternative peut-être, un essai thérapeutique qui vous sera proposé en priorité comme summum de la science actuelle, ou changer de pays en allant assez loin car la normalisation tente de couvrir l'Europe!

Ce n'est pas un cauchemar au sens premier, c'en est un évidemment au sens figuré, puisque ce modèle est appliqué depuis de nombreuses années "avec succès" à la cancérologie pédiatrique et qu'il n'est guère de possibilités d'y échapper comme de nombreuses bagarres médiatisées vous l'ont déjà fait connaître.

Donc établissement de "référentiels " par l'Institut du cancer " devenu tout puissant. Les autres docteurs n'étant pas les heureux élus (rappelons que cette instance n'a rien d' "élue " mais que son président est désigné par le président de la république... Sur quels critères? Scientifiques ?, les autres médecins donc pourront oublier leur "médecine " ils n'auront qu'à appliquer. Finis les docteurs, bonjour les robots !

Que sont donc les référentiels?

D'après le Dr Laurent Labrèze sur le site web caducée qui résume assez bien le problème les référentiels vont être fondés sur une "nouvelle médecine" : attention on réinvente

tout et non ce n'est pas en 1968 mais en 1992, comme quoi! Et de l'élaboration du petit livre rouge de la médecine que n'aurait pas renié Mao!

De quoi s'agit-il?

*La médecine factuelle ou médecine fondée sur les preuves fait son apparition en 1992 au Canada. Elle propose une nouvelle forme de pratique médicale basée sur des données de la science étudiés et prouvés"*

le premier piège est la notion de **preuves** ! On verra qu'un des pièges majeurs de cette technique est que la dite preuve est très suspecte. Il va s'agir de choisir dans la littérature médicale publiée donc déjà biaisée, les articles qui serviront de base à une étude dite objective permettant de déduire la meilleure conduite à tenir devant un ensemble de symptômes : quel(s) examen(s), il est ou non justifié de pratiquer. Une fois le diagnostic établi, quel est le meilleur traitement à proposer en passant rapidement du meilleur traitement, à proposer au traitement à imposer à tous puisque après ce travail on est sûr d'avoir raison et que donc cela justifie de l'imposer à tous au nom de l'égalité des chances, des économies de santé et du pouvoir qui vous est conféré, pape de la cancérologie, de la psychiatrie etc..

Toute personne ayant conservé son bon sens voit rapidement les nombreux biais du système. Les grandes revues médicales sélectionnent les articles en fonction du fait que les études sont randomisées ou non(en dehors du tirage au sort. Pas de science, donc tout ce qui date d'avant les années 50-60 est à jeter aux chiens. Nos illustres aînés inventeurs de la neurologie par exemple de la psychanalyse etc... doivent se retourner dans leurs tombes. C'est sans doute pour cela que se développe l'incinération...mais revenons à nos publications qui servent de base "scientifique " à nos "preuves qui justifieront les référentiels etc. Les revues médicales considérées comme grandes et utilisées pour la mise au point de nos preuves "scientifiques" sont à 80% financées par l'industrie pharmaceutique et donc ne sont publiés dans ces revues le plus souvent que les essais "positifs " en faveur de telle ou telle drogue. Et bien sûr il n'y a pas d'autres revues internationales de référence. Peut-être Internet révolutionnera-t-il l'information médicale mais ce n'est pas encore le cas. Les patients avec leurs associations pourraient aussi modifier la donne en exigeant que les pouvoirs publics imposent la publication de TOUS les essais thérapeutiques sur le site (du ministère ou autre peu importe) mais de tous les essais sans exception quel que soit le résultat et à toutes les étapes intermédiaires.

Donc revues internationales au contenu si ce n'est biaisé systématiquement au moins partisan amenant à la commercialisation des médicaments et à la publication de protocoles (schémas) de traitement qui vont être copiés ensuite par les autres pour devenir le "standard " même s'ils ne guérissent qu'un tiers des malades. Je suis toujours fascinée qu'on puisse parler de standard dans des maladies qu'on ne guérit pas ou peu! Ces standards sont bien sur très évolutifs mais seulement sur avis de ces grandes revues qui donneront le feu vert à l'humble médecin de base pour appliquer les traitements décrétés les meilleurs par ces messieurs.

Un livre récent sur l'entreprise de Corinne Maier "Bonjour Paresse "(Ed Michalon 2004) stigmatise avec humour (noir?)la nécessité de travailler le moins possible, de penser le moins possible pour les cadres moyens des firmes publiques et privées, de s'occuper par la réunionnisme aiguë, la rédaction de multiples rapports redondants et inutiles qui n'aboutissent qu'à la déforestation pour éviter les ennuis et l'ennui. Malheureusement cela s'applique aussi à merveille à notre médecine actuelle. Surtout ne pas penser, ne pas broncher, appliquer aveuglément les ordres venus d'en haut et tout ira bien. Vous respecterez les décisions de la communauté tant en matière de restrictions que d'organisation, vous serez un bon organisateur, un bon gestionnaire, bref un bon automate. D'ailleurs si vous êtes un bon utilisateur de votre portable il vous suffira de taper sur votre ordinateur pour savoir quoi faire devant telle situation médicale, vous

aurez même les ordonnances préétablies pour vous éviter toute réflexion. Vous pourrez et devrez jeter au panier les nombreux documents accumulés depuis vos études de médecine du temps où bien prétentieux vous pensiez avoir choisi un métier de réflexion.

Science, vous avez dit science, vous avez dit preuve, vous avez dit autorisation si difficile de la FDA, alors on est tranquille et boum, les grandes déconvenues et surprises (que pour ceux qui veulent bien l'être) quand un médicament considéré à grand renfort de publicité comme une grande avancée est retiré quelques mois après sa commercialisation mondiale en raison de nombreux morts dont il serait responsable. Je fais ici allusion au scandale récent des COX2 par exemple mais repensons aux morts des statines en association avec un autre anti-lipidique.

Mais poursuivons l'analyse de la définition de la médecine basée sur la "science" (au passage ? quelle prétention !)

*Cette nouvelle pratique propose [1] " de privilégier l'examen critique des résultats issus de la recherche clinique **et de diminuer la part de l'expérience, de la mémoire et de l'expérience clinique individuelle** ".*

Appelez une nouvelle fois à l'aide votre bon sens, vous, dont il n'est pas pollué par quinze ans et plus de lavage de cerveau que sont nos études de médecine, puis notre pratique. En clair, comme dit la dame, on vous demande clairement d'oublier tout ce que vous avez appris tant en théorie au fil des nombreuses heures de compilation, de documents, de livres, d'articles, de congrès multiples et variés ou bêtement on ne faisait pas que se promener dans toutes les plus belles villes du monde (comme on avait tort!) et où on croyait innocemment que travailler était une valeur sûre et que cela servirait bien à quelque chose, et dans notre cas particulier de médecin à nos patients !vanité! Probablement mais pas plus que celle de ceux qui pensent tous connaître en compilant au mieux quelques centaines d'articles le plus souvent recopiés les uns sur les autres (c'est la meilleure technique pour qu'un article passe les comités de lecture : il convient de "tenter de vérifier ce que semble avoir démontré monsieur un tel et al et hop on recommence la même étude dans un autre pays, on confirme plus ou moins on a un article sérieux et on recommence. Bravo l'imagination mais manifestement elle n'est plus au pouvoir carrément bridée par ceux qui la revendiquaient haut et fort en 1968. Mais ils ont vieilli et cela on n'y échappe pas, évidence base médecine ou pas mais peut-être faudrait-il une méta analyse pour en être sur?

Ne riez pas ou jaune : une très "sérieuse" revue d'obstétrique vient de démontrer "scientifiquement" que "tu n'accoucheras pas davantage un jour de pleine lune"... je veux bien croire que depuis des lustres les sage femmes, les pédiatres les femmes les grand mères se sont laissées abuser par leur expérience mais tout de même les maternités pleines aux alentours de la pleine lune après des jours d'ennuis... on les a tous vécu... Mais puisque la Science le dit...

Mais revenons à notre définition exit la mémoire, exit l'expérience exit plus précisément ***l'expérience clinique individuelle*** "

Comment peut-on en arriver là! Combien de patients traînant avec une maladie compliquée d'hôpitaux en hôpitaux se sont vus finalement diagnostiquer leur maladie parce qu'enfin ils rencontraient un médecin plus expérimenté, meilleur clinicien, capable de les examiner à fond comme on disait ! aujourd'hui ce mot a perdu son sens puisque on n'examine plus personne, que la clinique a perdu pignon sur rue et que pour être nommé professeur il faut mieux avoir une épreuve de titres riche en articles sur la membrane cellulaire de la drosophile ou sur des expériences sur la souris nude que de relater votre expérience clinique auprès des patients que vous avez en charge. Pauvre médecine, pauvre France qui a copié comme toujours ce qu'il y a de pire aux USA et non

pas leurs qualités, pauvres patients qui ne sont plus le centre d'intérêt des médecins en mal d'avenir !

Même les malades ont oublié le sens de la clinique, sa haute performance. Ils viennent vous voir pour vous demander un scanner ou vous montrer leurs résultats d'IRM passée ailleurs. Ils sont presque étonnés quand on leur demande de les examiner, de se déshabiller. Bientôt cela va devenir suspect et il faudra comme aux Usa le faire devant témoins. Et pourtant en 2005 au temps du pet scan, de l'imagerie sophistiquée et odieusement et injustement coûteuse même avant d'être performante et au point, combien de masses sous cutanées sont découvertes par un examen clinique soigneux malgré des examens complémentaires négatifs. Et oui on ne voit pas tout au scan, même dans de très bonnes mains ! les malades n'y croient guère, il faut la biopsie pour les convaincre que la clinique a encore sa place ! et ce n'est qu'un exemple de cancérologue mais je suis sûre qu'on pourrait écrire un gros livre rien qu'avec des expériences comparables dans toutes les spécialités.

Heureusement nous sommes nombreux à pousser des cris d'alarme, de révolte, d'avertissement et parmi ces cris de grands professeurs renommés dont la parole je l'espère sera entendu !

Par exemple dans son livre "*le malade n'est pas un numéro! Sauver la médecine*" le PR Patrice Queneau est *penché autour "d'un corps qui souffre terriblement : celui de la santé* (Ed Odile Jacob.

Que dit -il par exemple page 11 : *cette "clinique est fondamentale, repère essentiel pour la qualité d'une médecine à la fois technique et humaine dont la compétence allie nécessairement art, science et conscience."*(*le bon médecin est un artisan auquel se confie le malade ...*) ce n'est pas une armée de colonels qui décident dans une salle de réunion sur dossier au mieux sur radios et examen des pièces opératoires sur écran du sort du patient en dehors de sa présence, en dehors de son vécu, de sa réaction d'homme. Ce sont cela les RCP obligatoires du plan cancer : un dossier, au moins trois médecins dans une réunion bimensuelle, du malade physique j'ai envie de dire " matériel " rien une entité virtuelle le patient et non pensant !

Patrice Queneau continue : "*le bon médecin est un artisan auquel se confie le malade... chaque fois unique*" (il ne se confie pas à une RCP!!

*"Les médecins doivent être formés par un apprentissage intime de la clinique au contact étroit du malade. Cet apprentissage doit être quotidien, prolongé pendant tout le cursus des études, au bénéfice d'un compagnonnage ardent d'enseignants –cliniciens... Cette formation pratique est l'âme même de l'apprentissage de la compétence médicale faite de savoir, mais aussi de savoir-faire et de savoir être à l'égard des malades.*

Non, je n'avais pas rêvé en faisant médecine et pendant mes études, c'était encore cela, des grands maîtres parfois des mandarins c'est vrai mais forts d'une grande expérience qu'ils étaient fiers de transmettre. Le syndrome du pouvoir n'a pas disparu, mais le compagnonnage, souvent. Mais bien sûr puisque l'on doit selon les nouvelles règles qu'on voudrait nous imposer **oublier l'expérience clinique individuelle !**

Vous comprenez maintenant pourquoi tant d'aberrations de retard de diagnostic ou de traitements aberrants, de prescriptions souvent superfétatoires d'exams complémentaires inutiles si on avait interrogé sérieusement puis examiné cliniquement le patient (attention ce n'est pas parce que je me bats pour une médecine non rationnée que je défends la prescription aberrante de certains exams ou traitements, ce qui permet aux autorités toutes les dérives de contrôles administratifs qui n'y peuvent rien d'ailleurs car seule une vraie médecine pourrait les éviter (je ne dis pas " de qualité" car ce mot a été dévoyé et a perdu tout sens dans les hôpitaux ou les entreprises en général d'ailleurs mot caractéristique de la langue de bois omniprésente. On a l'impression que plus on parle de qualité moins il y en a ! c'est pareil pour la communication! Une "preuve" ce mot là non plus ne va plus pouvoir être utilisé!) un signe dira-t-on, autrefois il y a 20 ou 30 ans lorsqu'on rentrait dans n'importe quel hôpital cela sentait bon l'eau de Javel et

le sol brillait de tous ses feux. Actuellement, pas partout, mais trop souvent les sols donnent une impression de saleté ou au moins de ménage superficiel ; Certaines familles ont peur d'hospitaliser leur enfant par crainte des infections nosocomiales dont d'ailleurs on leur rebat les oreilles. On ferait mieux de multiplier les heures de ménage car en fait tout est question de budget et quand on se plaint au responsable du ménage, il nous explique, désolé qu'il ne peut faire mieux avec le budget accordé et les responsables de l'hôpital expliquent qu'ils ont dû réduire le budget ménage (en même temps que le budget cuisine, un yaourt de moins à chaque repas etc. ) pour tenter de ne pas dépasser leurs allocations annuelles. Moralité, ce n'est pas une idée, il y a beaucoup moins de ménage dans les hôpitaux qu'autrefois pour des raisons... de gros sous!

Revenons au commentaire de cette définition base du référentiel qui éclate dans son aberration dès qu'on réfléchit ou qu'on lit deux minutes les ouvrages de nombreux et célèbres médecins:

*En clair, cette démarche propose de changer les comportements des praticiens en leur proposant de se fier à des guides élaborés par la communauté qui ont fait abstractions de leurs divergences. C'est l'Evidence Based Medicine (EBM) des anglo-saxons.*

Voilà, la grande idée. Tout oublier et de fier à des "guides" (ça ne vous rappelle rien les guides "ein fuhrer ein ich"...)*jamais, au grand jamais, nous ne pourrions accepter cela mieux vaudrait arrêter ce métier, ce qu'ont d'ailleurs fait des milliers de médecins et d'infirmières canadiennes quand ce type de médecine que l'on nous exporte, s'est imposée au Canada. Mais entre la démission et la résistance, je choisis la résistance avec de nombreux alliés médecins autour de moi, alliés ouverts ou alliés de l'ombre mais tout de même, si tous les médecins ne l'ont pas choisi par vocation, c'est le cas d'un bon nombre et ceux-là résisteront. L'aide des patients mis au courant serait bienvenue... D'ou ce livre.*

*Les objectifs sont la constitution de recommandations sous la forme de documents ou guides utilisables en pratique, puis leur diffusion et enfin leur évaluation. Cette démarche factuelle va dans le sens d'une harmonisation des prises en charge des pathologies à l'échelle d'un pays ou d'une région, avec son corollaire de qualité. (Dr Labrèze)*

Voilà fini l'apprentissage, le compagnonnage, non vous ne serez plus qu'un robot obéissant aux guides !

Je suis sûre que vous vous dites, ce n'est pas possible finalement c'est vrai elle est folle " exact! ce que j'écris n'est pas crédible mais c'est malheureusement vrai, cliquez comme moi sur Google ou autre (tant pis pour la pub )et vous trouvez les référentiels de médecine mais aussi d'architecture ou autre technique avec les mêmes mots montrant bien qu'on essaie de transformer notre art en technique au même rang que la plomberie ou la construction de trains ou d'avions même si ces métiers sont respectables. Dans le notre il y a la variable homme qui si on l'oublie fausse le débat, le traitement et souvent tue le malade et en tous cas, le blesse au moins moralement. N'êtes vous pas scandalisé d'entendre parler de "gestion " déjà "gérer " le malade " est - ce acceptable comme notion ?

mais surtout ce n'est plus le malade mais un client et il faut dégager des gains de "productivité "il y a des gisements à dégager. Bref si vous échangez par erreur vos comptes rendu de réunions dans le métro avec un ingénieur telecom ou E.D.F. vous ne le remarquerez pas les "objectifs sont les mêmes et les mots identiques ? Et non je n'exagère pas! je voudrais bien, cela serait moins tragique.

Preuve encore (attention je suis contaminée...) l'avis du PR Lottin qui crie également au délire et pourtant il fréquente les psychiatres!

Jean-Jacques LOTTIN professeur au CNRS écrit :

« L'evidence-based medicine (EBM) envahit rapidement l'ensemble du champ de la santé en France, après être devenue

*l'approche « officielle » dans la plupart des états anglo-saxons, où triomphe le « capitalisme-cognitivist ».*  
*Présentée comme une « technique » de guides et référentiels de « bonnes pratiques », élaboré par des experts, destinée à faciliter la pratique médicale, face à la pléthore d'informations qui assaille les médecins, mon propos cherche à montrer que ce nouveau « paradigme » n'est en réalité que le retour du refoulé saxonisé du vieux scientisme français du XIXème, et qu'il s'agit d'une idéologie positiviste pragmatique : peut-être est-ce le modèle médical dominant de l'ère du néolibéralisme ? Cette méthode standardise, uniformise, homogénéise la pratique médicale et menace la clinique. Sa première victime est la psychiatrie formatée au moule EBM du DSM. Raccourci de la pensée, économie de la réflexion sur la complexité, on peut considérer que l'amendement Corroyer-Mattéi et le rapport Cléry-Mélin et autres, en sont la première et claire manifestation. A quand la psychanalyse EBM ?"*

Tentons encore d'éclaircir cette "**médecine fondée sur des preuves**" qu'on veut nous imposer par l'intermédiaire de référentiels qui deviennent obligatoires dans le plan cancer

*Selon les PR Debré et Even qu'on ne soupçonnera pas de gauchisme, "des médecins anglo-saxons rigoureux, angoissés par l'incertitude ne supportant pas l'improvisation, l'approximation, les flottements et les paris encore souvent inévitables de la démarche médicale, de ceux qui organisent et hiérarchisent, mais n'inventent pas, ont créé il y a 20 ans une nouvelle médecine, presque une religion, **une secte en tous cas**" (souligné nd) la médecine basée sur des preuves "l'Evidence base medicine "*

*"Son credo est d'établir, sur toute question, des dogmes exclusivement fondés sur des faits objectifs, vérifiés et exhaustifs, tirés de l'analyse de toute la littérature médicale. Définir les règles du présent, en se fondant sur le passé, sans regarder le futur. **Périmé d'emblée.***

*...La nouvelle boussole de la médecine se trouve ainsi dans les parages du pôle magnétique, entre les grizzlis et la police montée... »*

*La médecine n'est pas encore et ne sera jamais une science exacte, car il n'y a de science que du général et de médecine que du particulier. Son exercice restera toujours un pari raisonnable. L'heure des robots ou des médecins ingénieurs relève du fantasme..."*

Donc à partir de l'étude de nombreuses publications parues dans de revues à comité de lecture et donc le caractère "sur " ne saurait être remis en doute, un petit groupe de médecins par maladie choisi par l'institut du cancer déterminera ce qui "lui " paraît le meilleur traitement " et cela deviendra le référentiel obligatoire à utiliser par tous !on croit rêver! et pourtant on peut encore citer Even et Debré tant ils ont exprimé toutes ces notions clairement sans ambiguïté : "*les preuves dites statistiquement significatives de beaucoup de grands essais (ndr : seuls ceux-là sont acceptés pour publication et donc colligés dans la mise au point des EBM!), qui fondent les règles de prescription et une part de la fameuse "médecine fondée sur des preuves ", sont trop souvent de l'ordre des conventions sociales, de la langue de bois, des conformismes et des règles de bonne conduite de savoir-vivre et savoir se taire, sans dire que le roi est nu "*

Comme cela est clairement explicité et sans appel et pourtant le plan cancer et la suite programmée de la réforme de la Santé dans les autres spécialités sera basé sur cette nouvelle religion. N'est-il pas temps de se réveiller que les associations de médecins, de patients disent "non " à cette médecine là qui n'en est plus une!

Comment le médecin pratiquait-il son art ? Qu'est-ce que "l'intuition" du médecin devant un patient particulier, si ce n'est la synthèse rapide par sa conscience (et son inconscient) des expériences acquises, que ce soit du domaine du théorique dans l'apprentissage littéraire universitaire des maladies, de leur mécanisme supposé, des discussions avec des collègues sur des malades comparables, et de sa propre expérience auprès de ses malades parfois depuis de très longues années.

C'est ce qu'on appelait jusqu'à hier "l'expérience " et qui serait jetée au panier par les "experts de l' ARH si le cancérologue a malencontreusement choisi de travailler dans un centre dans lequel toutes les cases requises pour l'accréditation ne pourront être cochées !Etablissement non accrédité, à la poubelle l'expérience, ces médecins seront de fait considérés comme incompetents et mis au panier. Non, Staline n'est pas mort!

Comment une société plutôt ultra-libérale à certains égards peut-elle en même temps sombrer dans l'obscurantisme et le totalitarisme primaire, même si in fine ce serait pour partie au bénéfice de l'industrie pharmaceutique comme on le verra plus loin ?

A quoi serviraient les longues études de médecine, si nous médecins sommes des robots au service d'une intelligentsia qui pensera pour nous?

D'ailleurs cela résoudra le problème du déficit en médecins et en particulier en cancérologues !on en manque déjà cruellement et on nous promet sur les ondes d'en supprimer 10% les mauvais, ou, plus langue de bois, ceux qui travaillent dans de mauvais établissements! En pratique donc le nombre va encore diminuer, ce qui prouve qu'on pourra avantageusement les remplacer par des bénévoles d'associations volontaires qui siègeront dans les "kiosques " des hôpitaux pour "expliquer "(c'est la mode peu importe ce qu'on explique, du moment qu'il y a effet d'annonce " (et même consultation d'annonce! Quelle proximité des mots qui doit inciter à la réflexion!). Ils expliqueront la leçon apprise politiquement correcte sur l'essai thérapeutique, sur le type de traitement, sur les heures de rv avec les médecins (tiens, c'est quoi cette chose-là?) Ils seront valorisés, manipulés de fait et inconscients du rôle pervers qu'on leur fait jouer. Cela est prévu en toutes lettres dans le plan Cancer!

Exemple du déficit en cancérologues (=oncologues ) qui sera encore aggravé par la mise en dehors du système des oncologues travaillant dans des « sites » qui ne seront pas agréés (hôpitaux, cliniques qui n'ont pas sur place ma totalité de toutes les spécialités. Sauf les usines à gaz, les grands centres de CHU ou les grands centres anticancéreux, rien n'y échappera sauf les grandes concentrations de cliniques rachetées discrètement mais sûrement par les grands groupes comme la générale de santé, Hexagone, Groupama ou autre. Ces groupes de plus en plus cotés en Bourse rachètent depuis de nombreuses années les petites cliniques à visage humain qui ne résistent pas à la multiplication des normes

Nous trouvons sur le site internet "oncologue" les informations suivantes :

*...La Lorraine dispose de 18 oncologues médicaux pour 2,3 millions d'habitants, soit une densité de 0,78 oncologues pour 100 000 habitants (France entière : 0,85/100 000 h). Il s'agit donc d'une des spécialités les moins représentées (pédiatrie : 47/100 000 habitants, anesthésie réanimation : 13, psychiatrie : 14; radiologie : 11, cardiologie : 7, ophtalmologie : 7, dermatologie : 5, gastro-entérologie : 4, rhumatologie : 3, biologie : 3. Il y a en France 1,15 oncologues radiothérapeutes(les spécialistes des " rayons ") pour 100 000 habitants (0,82 en Lorraine). Le déficit évident d'oncologues en France a fait l'objet de plusieurs rapports, dont celui récent de la "commission cancer.(...)*

Et la conclusion de ces enquêtes qui concluent à un manque de cancérologues est l'annonce médiatique en juin 2005 d'en supprimer un tiers pour "incompétence au moins de leurs lieux de travail mais cela revient au même! Peut-être de plus ne faut-il pas être naïf et le but est clairement de supprimer les petites structures à taille humaine.

Jacques Lottin professeur au CNRS décrit bien les effets pervers de cette EBM -> référentiels -> protocoles obligatoires.

On va jusqu'à nier le rôle du patient de son combat personnel contre le cancer !

Commentant un article du quotidien du médecin du 8/11/02, il rapporte cette aberrante conclusion d'une étude : "*selon la méta-analyse des épidémiologistes britanniques et canadiens, il n'y a aucune preuve tangible d'un lien entre l'attitude face à la maladie et la survenue de récurrence. Bell et al se sont penchés sur 37 études qui analysent l'influence de diverses attitudes psychologiques (esprit de combat, désespoir, évitement, stoïcisme, fatalisme etc..) et ils n'ont trouvé aucune preuve convaincante que l'un ou l'autre joue un rôle*

*important... les personnes atteints d'un cancer ne doivent pas se sentir obligés d'adopter une façon particulière de réagir dans l'espoir d'améliorer leur survie... «Les imbéciles. Ce texte est criminel, poursuit-il : patients, baissez les bras, résignez-vous. Nous avons franchi les limites d'un anti-humanisme radical. Alors que chaque cas est une figure unique de la souffrance d'une personne, avec une dimension psychosomatique et affective évidente, l'EBM casse la relation du colloque singulier, et réifie le sujet dont on confisque l'histoire par un package de référentiels prouvés, chargés de le conduire vers la guérison sans son aide. Comme si se levait le rêve fou de guérir la maladie sans impliquer le patient : mais la santé est toujours une coproduction. Il paraît que la France est entrée en déclin. La non-pensée des EBM va l'accélérer"(...)*

Si tout cela vous paraît incroyable, forcé, outré, vous avez raison, cela l'est, mais c'est malheureusement la triste réalité qu'on veut nous imposer: voici les définitions qu'on trouve facilement sur internet (vérifiez en tapant "référentiels")

Poursuivons l'analyse du système proposé, imposé, devrais-je dire, résumé par le Dr Debrez

**« Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) ou evidence based guidelines (EBG) ou Guide de bonne pratique**

*Méthode d'élaboration de recommandations reposant sur la sélection, la synthèse et l'analyse objectives d'une littérature abondante par un groupe de travail multidisciplinaire et multi-professionnel, chargé d'élaborer les recommandations au terme d'une prise en compte de l'avis d'experts également multi-professionnels et multidisciplinaires(.....)*

Déjà le choix des professionnels va poser problème .Ayant analysé en 1993 les groupes de travail des références médicales opposables qui l'ont été mais peu praticables et très contestées, j'avais pu démontrer qu'en ce qui concerne le cancer de la prostate par exemple, il y avait un seul oncologue, les autres étaient radiologues, anatomopathologistes (les médecins qui étudient les pièces opératoires au laboratoire dont le rôle est fondamental mais qui ne sont pas cliniciens, et un urologue. Tous ces professeurs sûrement très compétents ne représentaient qu'une petite partie de la profession concernée, choisie de plus arbitrairement. Pourquoi les autres professeurs ou médecins spécialistes de la maladie étaient – ils écartés comme si leur somme d'études et d'expérience ne valaient plus rien et qu'ils devaient alors devenir les vassaux du groupe d'experts ayant le droit de décider. Leurs diplômes étaient –ils devenus caduques, de même que leurs compétences ? J'avais à titre de test envoyé à trois oncologues renommés la référence médicale opposable (RMO) sur le traitement du cancer de la prostate à son début ;j'avais reçu trois avis complètement contradictoires : traiter le patient rapidement, ne pas le traiter du tout et attendre l'évolution, ceux-là pensant que l'évolution de la maladie était suffisamment lente pour que le patient meure d'autre chose, enfin le troisième proposait un traitement peu agressif du type de l'hormonothérapie. Qui avait raison, là n'est pas le problème, mais ce qui est sûr c'est que chacun d'entre eux étaient très renommés et « experts de ce type de maladie. Qu'en est-il dix ans plus tard, cette RMO n'est plus appliquée et les patients traités précocement. Actuellement en France, il n'est pas recommandé de dépister systématiquement le cancer de la prostate par un dosage annuel ou au moins bisannuel du marqueur permettant de le diagnostiquer tôt, le PSA (antigène spécifique de la prostate) alors que nombre de oncologues étrangers mais aussi français le pensent souhaitables. Que va nous imposer le référentiel ? Doit –on jouer à la loterie, sera-ce l'argument économique (à court terme) qu'il l'emportera ? C'est probable. Mais à long terme, on sait que le dépistage précoce des cancers et donc leur traitement dans des formes peu évolués est plus « rentable » même en termes économiques !

**Méthodologies**

*Toute la base du travail repose sur l'analyse de la littérature, sa lecture critique et sa synthèse. Ces trois opérations demandent d'être en adéquation avec des critères fiables et reproductifs.*

Nous avons déjà souligné le caractère biaisé intrinsèque de l'analyse de la littérature et nous soulignerons de plus son caractère toujours retardé par rapport aux nouvelles découvertes. Il faudra attendre combien d'articles conformes (randomisés sur de grandes séries prenant combien d'années pour être menés à terme pour que la médecine devienne « évidence » et donc pour que tous en bénéficient ! Et quels médecins auront – ils le droit de déroger aux référentiels ? les étrangers probablement et nous deviendrons un pays sous développé ! tiers monde, la France, dommage ! et on se demande pourquoi nos jeunes chercheurs partent à l'étranger et y restent après un poste doctorat ? au-delà du fait qu'ils seront mieux payés, ils auront la liberté d'entreprendre, de penser, d'utiliser leurs cerveaux et de ne pas devenir des veaux obéissants aux ordres des puissants du moment.

*Les membres experts d'un groupe de travail sont **généralement** représentatifs des compétences sur le sujet, qu'ils soient public ou privé. L'indépendance de ce groupe (**L'organisation** problème des conflits d'intérêt) est un argument de sérieux des projets. La liste complète du ou des groupes de travail doit être accessible.*

On peut s'inquiéter sur le mot « généralement » que signifie-t-il ?

#### **La définition et le choix des sujets de travail**

*Suivant les pathologies, un groupe de travail peut choisir de s'attaquer à l'ensemble de la prise en charge, proposant donc un état de l'art à un moment donné (par exemple : prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle), soit de répondre à des questions précises (par exemple : modalités d'utilisation des antirétroviraux dans la prise en charge des VIH séropositif en Afrique.)*

#### **La recherche bibliographique**

*Elle doit être la plus exhaustive possible, utilisant des équations de recherche standardisées sur des bases de données internationales et nationales, dans toutes les langues, comme Medline. Cette recherche peut s'appuyer sur de la littérature non indexée, le but étant d'avoir une vision la plus exhaustive possible sur le sujet. Toute la difficulté revient à la formulation des équations de recherche.*

Savez-vous que l'essentiel des articles qui ne sont pas en langue anglaise ne sont pas référencés dans Medline et donc que c'est une perte sèche d'information. Là encore la vassalisation de notre pays aux USA est flagrante !

#### **L'analyse et la lecture critique**

*Les critères de tri, de sélection et de rejet sont basés sur des éléments de méthodologie et d'interprétation d'essais cliniques ou thérapeutiques [2-3].*

Là encore nous dépistons une méthodologie biaisée. Les promoteurs de la « médecine par les preuves » ont délibérément choisi de laisser de côté tout ce qui n'est pas étudié randomisé ! c'est leur choix, nous affirmons qu'il prive « l'étude dite scientifique » de nombreux apports et en particulier de tous ceux qui avaient permis les progrès gigantesques de la médecine depuis 2000 ans et singulièrement les progrès fabuleux des chercheurs et médecins du 19<sup>ième</sup> et de la première moitié du XX<sup>ème</sup> ! Imaginez les travaux de Pasteur exclus parce que non randomisés (tirés au sort) ! Et les apports d'un obstétricien du 19<sup>ième</sup> qui avait remarqué que lorsque 'on se lavait les mains entre deux accouchements et qu'on respectait des mesures d'hygiène de base la mortalité des jeunes accouchées fondait comme neige au soleil ! Il faut dire que l'obscurantisme n'est pas d'aujourd'hui et que personne n'a voulu le croire et qu'il a fallu attendre 30 ans de plus et les travaux de Pasteur pour que l'on admette qu'il avait raison. Entre-Temps les femmes ont continué à mourir de suite de couches ! Un film est en train d'être tourné pour rendre hommage à ce précurseur et montrer la difficulté de faire passer une idée neuve même quand elle paraît évidente ! mais ce n'était pas le cas à l'époque et le nomenklatura qui a toujours existé a laissé cette découverte dans l'ombre au prix de la mort de nombreuses femmes et de la vie brisée de x orphelins ! Autre exemple : la découverte du cisplatine, un médicament devenu majeur dans le traitement des cancers de l'ovaire, des sarcomes etc. Cette découverte n'eut rien à voir avec les essais randomisés :

De nombreux exemples pourraient être ainsi relatés car il est vrai que la plupart des drogues efficaces qui changent la face d'une maladie sont découvertes par hasard !faut-il rappeler la découverte de la pénicilline, des sulfamides etc... ..

La pénicilline : (d'après le site internet Cyberscol *Alexander Fleming découvrit le 3 septembre 1928 **accidentellement** la pénicilline Il venait d'observer que la moisissure qui avait contaminé l'une de ses boîtes de culture avait détruit les bactéries qui s'y trouvaient.. Il démontra que la moisissure appartenait à la famille du *penicillium notatum* et la nomma *penicilline*. Il tenta d'utiliser la pénicilline sur les hommes, mais une fois injectée, la pénicilline devenait instable et rapidement inactive. Ce n'est qu'en 1939, que Howard Walter Florey, pathologiste britannique, et Ernst Boris Chain, biochimiste et pathologiste d'origine allemande, réussirent à isoler l'agent actif de la pénicilline à l'aide d'une fraction de moisissure. Un an plus tard, on obtenait les premiers résultats positifs quant à l'injection de ce premier antibiotique sur des hommes. En 1945, ces trois hommes (Fleming, Florey et Chain) se partagèrent le prix Nobel de la médecine pour leurs contributions à la mise au point du traitement antibiotique par la pénicilline*

Ici une découverte fondamentale qui a déjà sauvé des millions d'individus et pas d'essais clinique mais au contraire une irremplaçable « **expérience clinique individuelle** » celle dont on veut justement effacer le rôle dans la « science moderne » !

*La lecture critique d'un résultat d'essai clinique porte sur trois axes différents [2] :*

- 1. La validité interne : Est-ce que le résultat est fiable, c'est-à-dire est-il réel et non biaisé ?*
- 2. La validité externe : Est-ce que ce résultat est concordant avec les autres connaissances sur le sujet ?*
- 3. La Pertinence clinique et la représentativité : Ce résultat représente-t-il un bénéfice intéressant en pratique et est-il extrapolable à mes patients ? Quelle est la taille de l'effet ? L'estimation de la taille de l'effet est-elle précise ? L'effet observé correspond-il à un effet cliniquement pertinent ? et finalement les patients de l'essai sont-ils représentatifs des patients rencontrés couramment en pratique médicale ? Certains projet, comme les Standards, Options et Recommandations de la FNCLCC, utilisent des grilles de relecture standardisées pour l'évaluation d'une thérapeutique [4], l'évaluation de facteurs pronostiques [5], et l'évaluation de test diagnostique [6].*

Evaluation des essais randomisés pour les traiter et les considérer comme preuve de niveau 4 (c'est à dire le Must !)

Je ne pourrai reprendre ici les très nombreux articles (dont on pourrait également faire une méta analyse qui aurait valeur de preuve !) démontrant le caractère très souvent biaisé, faussé, ininterprétable des essais randomisés qui vont participer à l'établissement des « tables de la Loi » de notre nouvelle religion médicale.

Citons quelques exemples de grands noms qui j'espère ferons foi ! (puisque'il s'agit d'une discussion théologique, non ?)

Dans un ouvrage de Marcia Angell ex éditeur en chef du New england journal of medicine (la vérité sur les compagnies pharmaceutiques, Random House press ? New York 2004) celui- écrit entre autres : » les essais cliniques sont biaisés ou truqués, les résultats non favorables non publiés et les comparaisons ne sont menés qu'avec les placebos et non avec les médicaments disponibles...» elle s'infiltrer de plus en plus dans l'éducation initiale des médecins et domine scandaleusement la formation médicale continue »... les tentatives de pression et de corruption mesurées au sein même du New England journal of medicine, sont permanentes et croissantes... (cité par B Debré et Even dans Savoirs et Pouvoirs ref : )

Dans ce même livre Savoirs et pouvoirs ( ) les PR Debré et Even sont extrêmement incisifs contre « *les limites à ne pas franchir des statistiques : » aucun des grands essais thérapeutiques ne montrant que des différences absolues inférieures à 5% n'a la moindre validité. Dans tous les cas, il ne s'agit que d'un trompe l'œil, dont le seul objectif est commercial, et qui par ricochet, sape les bases même d'une partie de la nouvelle médecine fondée sur les preuves.*

*Ainsi s'explique aussi, bien souvent, un deuxième essai contrôlé contredise le premier et un troisième le deuxième, etc. ! (...)* La situation est si préoccupante que la

*généralisation même de ces essais cliniques randomisés en double aveugle doit être remise en cause. »*

Ce livre ne date que de 2004 ? et on voudrait nous faire croire que « la communauté scientifique est unanime ! Je ne saurais trop conseiller à vous, lecteurs, de lire ce livre fort riche en informations. En particulier, à ce sujet suivent de nombreux exemples illustrant le propos des auteurs.

*Les meilleures preuves scientifiques concernent les méta-analyses, les essais randomisés ou les études non randomisées selon les sujets à traiter.*

Le même raisonnement peut être fait à propos des méta analyses si ce n'est en pire puisqu'elles supposent résumer l'analyse des essais cliniques et qu'elles en multiplient les effets pervers par la 'addition des biais des études .Un exemple particulièrement frappant est la volonté de réduire la psychiatrie et : ou la psychologie à des essais cliniques randomisés !

Qu'en dit à cet égard le psychiatre –psychanalyste Jean Michel Turin, membre de l'expertise chargé spécifiquement de l'approche psychodynamique (psychanalytique) rédacteur en chef de « pour la Recherche » :

*« Les méta analyses devraient par le nombre des études incluses, permettre une compensation des biais. En fait, Matt et Navarro, (1997, analyse par Thurin 2004) qui ont réalisé une revue approfondie de 63 méta-analyses (réunissant plus de 3800 études ) concernant l'évaluation des psychothérapies ont décrit comment au contraire ils peuvent s'accumuler et conduire à une **généralisation** très discutable obtenue à partir d'une abstraction de données très diverses dans leur contenu et dans leur qualité.*

*(...) ce constat n'a pas empêché d'attribuer aux méta-analyses une valeur très importante dans les critères de preuve d'efficacité et la sélection des études pour la synthèse.*

*En résumé, la valorisation extrême d'une logique de médecine factuelle (evidence base medicine ) s'appuyant sur la métaphore pharmacologique suivant laquelle l'évaluation des résultats pourrait être construite sur le modèle des traitements médicamenteux symptomatiques conduit à privilégier des études « simples », tant du point de vue des mesures que des actions et à éliminer tout ce qui est complexe. »*

Mais sans être psychiatre, ne sait –on pas que l'homme se caractérise par sa complexité et que tout ce qui vise à effacer pour la simplification des études cette complexité devient naturellement une abstraction, un exercice d'école qui n'a plus rien à voir avec la médecine, le soin au patient et de façon caricaturale en psychiatrie !

#### **La synthèse des données :**

*Elles sont regroupées sous forme de propositions pratiques positives ( il est recommandé de..., il faut..., il est indispensable de...) au contraire des références médicales opposables (RMO) qui proposent des recommandation négatives (il ne sert à rien de..., il ne faut pas...) sans donner les solutions positives. Cette synthèse doit être la plus claire possible et formulée sans ambiguïté. Ces recommandations sont toujours associées à des niveaux de preuve. Elle sont souvent associés à des arbres décisionnels reprenant sous forme graphique le déroulement d'une prise de décision.*

#### **Niveaux de preuve**

**niveau A** (ou 1): Résultats cohérents ou unanimes avec preuves scientifiques d'essais randomisés de forte puissance ou de méta-analyse d'essais randomisés.

**niveau B** (ou 2) : Résultats cohérents avec présomption scientifique. Il existe des preuves correctes sur des essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2).

Nous avons déjà vu ce qu'il convenait de penser sur la valeur « unanime » et la notion de « fort niveau de preuve de ces essais !

**niveau C** (ou 3): Résultats non cohérents ou essai critiquables méthodologiquement (étude cas-témoin)

**niveau D** (ou 4): Résultats d'études comportant des biais importants ou série rétrospective ou série de cas.

**accord d'experts** : il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime. [7]

Les niveaux A et B sont de forts niveaux de preuve. Les niveaux C et D sont de faibles niveaux de preuves.

A nouveau j'ai envie de hurler. Les niveaux de preuve C et D sont de « faible niveau » Ainsi sont balayées toutes les études de cas témoin et plus encore (niveau D) de séries rétrospectives. Ainsi tous les cliniciens qui appliquent des schémas de traitement proposés par de plus anciens, examinent chaque jour soigneusement leurs patients et publient à long terme les résultats de leurs observations sont envoyés « au banc des mauvais chercheurs » et leurs conclusions à peine engrangées. Et on arrive ainsi à des aberrations. Qu'on me permette d'exposer le cas exemplaire du traitement de l'ostéosarcome ostéogénique, le plus fréquent cancer de l'os chez l'enfant, dont le pape universellement connu est le PR Gerald Rosen. Celui-ci a publié dès 1982 le résultat de son protocole T10 donnant déjà plus de 80% de rémissions complètes à 5 ans (délai communément admis pour parler de guérison, ces résultats ayant été confirmés à long terme. De nombreuses équipes au monde dont la notre utilise ce protocole que je nomme maintenant schéma de traitement (mais on n'ose plus l'appeler protocole sinon on nous taxe de faire de la recherche thérapeutique clandestine !) avec grande satisfaction puisque si on applique à la lettre, le Rosen, c'est à dire si on adapte la dose de méthotrexate à la réponse thérapeutique dans la période préopératoire nous reproduisons les excellents de Rosen dans cette maladie. ET bien vous seriez comme moi effondrés en lisant les standards options recommandations de la FNCLC qui sont « le standard en France qui considèrent les études de Rosen comme une preuve de faible niveau puisque faisant référence à un essai non randomisé ! Fi de tous ceux de par le monde qui reproduise ses résultats, fi des nombreux exposés de ces mêmes équipes qui lorsqu'ils parlent de l'ostéosarcome évoque systématiquement Rosen comme le maître de cette pathologie. Et bien non les patients et en particulier les enfants devront être intégrés dans des « essais cliniques » comme ils le sont depuis plus de 17 ans en France sans qu'on en connaisse les résultats...

#### **Utilisation et adaptation**

*Il ne suffit pas de faire des recommandations, il faut encore les diffuser vers le public concerné. Cette diffusion utilise tous les supports accessibles. Internet prend alors une dimension importante puisqu'il permet d'accéder très rapidement et gratuitement à ces documents.*

*Certaines recommandations élaborées sur un plan international ou national demandent des adaptations régionales voire loco-régionales pour permettre leur mise en œuvre. Ainsi, bon nombre de réseaux de soins, s'appuyant sur des recommandations existantes, rédigent des référentiels pratiques adaptés aux contraintes locales (contraintes matérielles, culturelles, économiques, géographiques, etc.)*

#### **Evaluation**

*Il est extrêmement important que chaque recommandation ou référentiel puisse être évalué au travers le changement des pratiques qu'il est supposé entraîner. Cette évaluation peut être individuelle, ou à plus grande échelle sur un réseau entier. Elle est souvent longue car nécessite une longue période de données pour pouvoir être valable. Les critères d'évaluation sont nombreux et différents d'une pathologie à une autre. Ils reposent sur des éléments objectifs (taux de survie, coût des soins, complications, durée de séjour, etc...) et sur des éléments qualitatifs (qualité de vie). Les résultats de ces évaluations, en général publiés, servent à mettre à jour et à adapter les référentiels*

Au bout de combien d'années ?

#### **Mise à jour**

*Une recommandation est une photographie d'un état de l'art à un moment donné. Il est généralement admis, suivant les pathologies, qu'une mise à jour est indispensable tous les deux ans voire tout les ans. Elle utilise la même méthodologie de départ, obligeant à une recherche bibliographique (limitée dans le temps), puis à une analyse et une lecture critique et à une re-formulation éventuelle des recommandations ».*

Mise à jour tous les ans ou tous les deux ans, cela est complètement contradictoire avec le paragraphe précédent insistant sur la lourdeur de la procédure !

On ne vous a rien caché sur la mise au point des référentiels dont vous ne douterez plus du caractère autoritaire d'un groupe de personnes (même si compétentes et bien choisies cela ne change rien au principe, du caractère éminemment bureaucratique, stérilisant

pour l'esprit et toxique pour les patients qui ne pourront bénéficier des progrès de la science, celle dont on parle tant, que très longtemps plus tard. Tant pis pour ceux qui seront morts avant la mise à jour de ces référentiels !

Et pourtant, comme le rappelle le PR Quenau, **« il n'existe pas de malade moyen »** Lui-même cite le PR Kristi Malterud de l'université de Copenhague : ...les méthodes de recherche quantitative traditionnelle représentent un accès limité à la connaissance clinique, puisqu'elles ne traitent que de les questions et les phénomènes qui peuvent être contrôlés, mesurés et comptés » (ref : *the art and science of clinical knowledge : evidence beyond measures and numbers, Lancet, 2001, 358 :397-400*) et le PR Queneau de poursuivre : « *parce que les vérités chiffrées sont encore très fragiles en médecine, pour la bonne et simple raison que les malades ne sont pas des rats ou des souris de laboratoire et qu'on ne fait pas sur eux des expérimentations (contrairement à ce que croit parfois l'opinion !)(...) il est bien évident que, outre les méthodes chirurgicales variables, aucun malade n'est identique à un autre... par son poids, son âge, ses caractéristiques physiologiques, ses maladies... et son psychisme* »

Fallait-il le rappeler, n'est-ce pas l'évidence, le bon sens perdu par nos élites retirées dans leur tour d'ivoire qui semble penser qu'on peut tout régenter même l'humain, le cancer etc.

Le PR Queneau poursuit sur la deuxième erreur et le caractère forcément *réducteur* de la comparaison de patients en cohorte, « *car ce faisant on néglige des facteurs dont on connaît pourtant l'importance : la capacité relationnelle, la confiance, la volonté de guérir, les angoisses et les peurs et autres données contextuelles (...). Il est donc impossible d'affirmer que des données moyennes s'appliquent à un malade moyen qui n'existe pas* »

Mais on a bien vu que l'aberration du raisonnement de la « médecine basée sur des preuves » va jusqu'à nier l'impact du psychisme sur la guérison puisqu'une « méta analyse ne l'a pas mise en évidence !

## Références

Soigner, enseigner, évaluer ? cliniques méditerranéennes (psychanalyse et psychopathologies freudiennes numéro 71 2005 éditions Erès

Savoirs et Pouvoir Pour une nouvelle politique de la recherche et du médicament PR Philippe Even et PR Bernard Debré éditions le cherche midi 2004

Le malade n'est pas un numéro ! sauver la médecine Patrice Queneau, Damien Mascret Editions Odile Jacob 2004