

La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste

> Entretien avec Marc Jamouille, médecin généraliste.

Dans le domaine de la santé, il est de notoriété publique que la prévention se décline selon un modèle chronologique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Fort de son expérience de médecin généraliste, Marc Jamouille s'est mis en tête de subvertir ce modèle, de l'enrichir d'une dimension relationnelle.

Opérant ainsi une mise en question de son statut de praticien de la médecine, il en est arrivé à définir ce que pourrait être la prévention quaternaire : la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation

Je sais que vous avez beaucoup questionné votre rôle de médecin généraliste. Quel a été le sens de votre réflexion ?

Selon moi, la question centrale est celle de la relation avec le patient, cette rencontre particulière entre deux êtres humains, chacun chargé de connaissances diverses, où l'un est en position de demande et l'autre en position d'offre. J'ai voulu comprendre ce qui animait les gens à venir chez moi, à me choisir comme interlocuteur sur des sujets parfois extrêmement personnels. Quelle est la légitimité de cette étiquette de médecin qui, sous le seul prétexte de ma connaissance du corps, me donne un droit à l'intrusion dans la vie privée ? C'est étonnant de voir que des domaines comme la santé mentale ou la

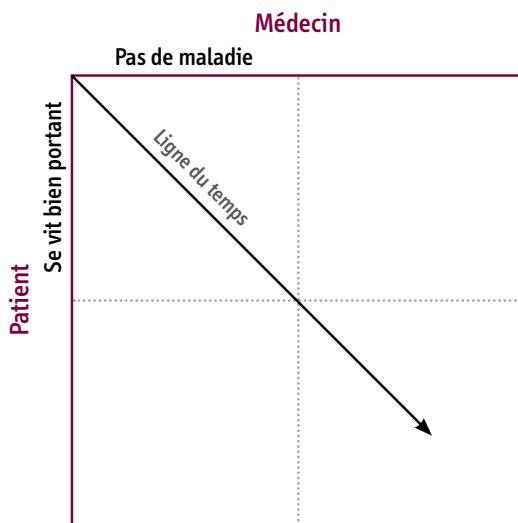
sexualité ont été entièrement absorbés par la médecine. La profession médicale a d'une certaine façon pris la place d'autres interlocuteurs sociaux qui tendaient à disparaître. Je pense en particulier à l'organisation sociale de l'église et à son système de confession qui a glissé vers la pratique de la médecine générale. Beaucoup de médecins généralistes sont devenus des psychothérapeutes sans que cela ne pose vraiment question. Ils se sont arrogé un droit de regard sur la vie des gens sans pour autant disposer d'un guide de référence éthique ou moral cohérent. C'est là toute la différence avec ce qui a été la guidance morale chrétienne. Quoiqu'on puisse en penser, son personnel était formé et pouvait s'appuyer sur un ensemble de textes de référence destinés à empêcher les hérésies. Quant à nous,

les médecins, nous reprenons le flambeau sans aucun référent commun. Chacun fait donc comme bon lui semble et les gourous abondent. Désormais, plus rien n'échappe à la médecine, de la naissance à la mort vous ne pouvez plus exister sans médecin. Cette présence du fait médical au nom de la santé est stupéfiante d'un point de vue sociologique, voire même anthropologique. Quoi de plus étrange que se retrouver en consultation avec, en face de moi, quelqu'un qui estime légitime que je détienne le pouvoir de dire ou de définir la normalité ?

Désormais, plus rien n'échappe à la médecine, de la naissance à la mort vous ne pouvez plus exister sans médecin.

C'est sur base de cette réflexion que vous avez construit votre modèle relationnel de la prévention ?

Au cours de santé publique, on fait généralement beaucoup de statistiques, on compare, on met des choses en relation, notamment grâce au « khi carré », un outil de calcul médico-statistique permettant l'évaluation des indicateurs de risque et la liaison entre un facteur d'exposition et une maladie. Reprenant cet outil à mon compte, je me suis amusé à mettre en abscisse le patient et en ordonné le médecin de manière à pouvoir construire une typologie des relations qui se nouent entre eux. Si l'on trace une croix au mi-



lieu du carré, on obtient quatre situations différentes dans la relation médecin-patient. Les définitions des trois premières situations existent déjà. Il suffit de penser au modèle chronologique

de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire. La première situation obtenue correspond effectivement à ce que l'on entend par pré-

vention primaire: la maladie est absente et ne trouvant pas de maladie, le médecin raconte au patient tout un tas de carabistouilles autour de ce qu'il faut ou non faire, sur ce qui est dangereux ou pas. Toute l'éducation pour la santé se retrouve dans cette case. Dans la deuxième case, les médecins cherchent des maladies que les patients n'ont pas. Par exemple, vous venez chez moi et je vous annonce que je souhaite vous faire un toucher rectal parce que je vous cherche un cancer et que j'ai été formé pour ça. C'est exactement la définition du dépistage. Le médecin « parie » sur la maladie. La troisième case correspond à la situation où les gens sont effectivement malades. Le médecin le sait et on essaie alors d'éviter les complications. C'est la prévention tertiaire.

Qu'en est-il de la quatrième case ?

Il reste en effet à définir la quatrième case, c'est-à-dire la situation où les patients viennent en consultation parce qu'ils adorent être dépendants de la médecine. C'est la case du malade imaginaire tel que décrit par Molière, la case des somatisations. Les médecins ont tendance à fabriquer ce genre de personnage, encouragés en cela par le modèle de production capitaliste dans lequel s'inscrit notre système de santé. Ce n'est un mystère pour personne que ceux qui produisent des médicaments ou des appareils de scanner ne le font pas pour le bonheur des peuples mais pour faire du profit, et ce même si leurs produits sont formidables. Résultat des courses, on crée une inflation, une surproduction constante de façon à remplir la case 4. En faisant le choix de prescrire une séance de scanner pour chaque mal de tête on en vient à

RESPONSABILISONS
LE PATIENT ???

surdéterminer l'angoisse exprimée par les patients face à la mort. Et en investissant cette fonction symbolique propre à l'être humain, on fait énormément de profit mais on voit aussi les dépenses de santé exploser dans tous les pays sans que personne ne puisse les maîtriser.

Concrètement, que préconisez-vous?

D'abord s'asseoir et réfléchir car ces questions ne se résolvent pas dans des livres ou des conférences mais au jour le jour, une consultation après l'autre. Quand un patient me dit qu'il souhaite faire un scanner, vais-je prendre le temps d'explorer son angoisse cachée ou m'en débarrasser en lui signant un papier sans me soucier du coût financier, des risques d'irradiation ou de savoir si ça le plonge encore plus dans la médicalisation? Il n'y a pas de recette, c'est une question d'attitude, il faut se montrer pragmatique pour chaque consultation particulière. On estime par exemple que l'hôpital en fait un million par an, soit un million d'occasions pour questionner le droit de la médecine à investir tous les champs de l'existence. Mais les acteurs impliqués sont-ils seulement formés à réfléchir à ce genre de question?



Vous militez donc pour que les médecins soient davantage formés. Mais à quoi doivent-ils être formés? Pouvez-vous me donner un exemple?

Quand on consent à m'envoyer des stagiaires, ceux-ci sont généralement stupéfaits par le questionnement que je pose. Prenons le cas de cette mère de famille marocaine expatriée en Belgique pour être mariée avec un cousin qui, lui, est né en Belgique. Elle vient d'accoucher de son premier bébé mais, dans l'impossibilité de retourner au Maroc pour voir sa famille et surtout sa mère, elle ne cesse de pleurer. N'importe quel médecin spécialiste lui dira que c'est la conséquence de son baby blues car la plupart des médecins ignorent que, dans la culture des pays nord-africains, le contact mère-fille au moment de l'accouchement revêt une importance cruciale. Au lieu de lui prescrire un antidépresseur pour qu'elle se sente mieux, il suffirait donc de lui dire de prendre un billet d'avion pour aller voir sa mère pendant 40 jours. Si cette femme se met à pleurer et à penser qu'elle est dépressive

parce que sa voisine d'abord et son médecin ensuite lui disent que c'est une dépression, le chemin de la maladie lui est grand ouvert. Voilà comment on diagnostique une dépression post-partum sans réellement questionner le pourquoi de cette dépression. On fait le choix d'une médicalisation plutôt que de développer une approche centrée sur le lien entre la détresse de cette jeune maman et l'extraction culturelle qu'elle a subie.

S'agit-il toujours d'éviter la médicalisation?

Pas nécessairement. Dans le cas d'une patiente atteinte d'une multimaladie accompagnée de graves problèmes immunologiques, mon rôle a été de l'aider à y voir clair parmi la multitude des médecins spécialistes. J'ai dû gérer et maîtriser les informations pour que l'on n'en fasse pas trop. J'ai par exemple déterminé que sa crise d'épilepsie était causée par un nouveau médicament et non par un quelconque trouble mental. Ici, mon rôle consistait à lui dire qu'elle était

effectivement malade et qu'elle n'avait rien à faire dans la case 4 des malades imaginaires, mais devait rejoindre la case 3 où les gens sont vraiment malades. Au final et contre l'avis des fonctionnaires de la prévoyance sociale qui, niant sa maladie, lui avaient refusé un complément de pension, je lui ai fait reconnaître son droit à la maladie. Ne se contentant pas du seul point de vue médical, on voit bien que cet état d'esprit prend en compte la multidimensionnalité du problème.

C'est ce genre d'état d'esprit qui, selon vous, fait défaut chez les médecins ?

Actuellement, la médecine est centrée sur le médecin et non sur le patient. Si vous demandez à des étudiants en médecine pourquoi le patient est malade, ils vous diront que c'est à cause d'un diabète ou d'une grippe. Ils citent la maladie mais jamais la raison. Le motif qui a poussé le patient à entrer en contact avec le système de santé n'intéresse personne. Ce qui importe c'est le résultat de la production du système de santé. La position du médecin est verticale et dominante. Il n'est pas en relation horizontale avec son patient. La demande en tant que telle n'est pas considérée. Bien entendu, ce n'est pas le cas de tous les médecins. Personne ne fait de la mauvaise médecine mais rares sont ceux qui réfléchissent à la médecine qu'ils pratiquent.

Si je vous comprends bien, la prévention quaternaire est une forme de résistance par rapport à une position de médicalisation à outrance ?

En quelque sorte. Toutefois, il y a autant de danger à précipiter quelqu'un dans la case 4 par surmédicalisation, en lui faisant croire qu'il est malade alors qu'il ne l'est pas, que de remplir cette case avec des gens qui ne doivent pas y être parce qu'ils sont effectivement malades. Je pense notamment à cette patiente qui, en raison de la bévue d'un radiologue ayant manqué le diagnostic d'une sclérose en plaques pourtant manifeste, a été jusqu'à penser que la perte de

l'usage de son bras était d'ordre psychologique. Croyant avoir inventé sa maladie, elle pensait donc occuper la case 4 et s'imaginait avoir avant tout besoin d'un psychothérapeute. À mon sens, ce genre de mauvaise médicalisation pourrait être évitée par la mise en place d'un dispositif de contrôle qualité dont, en Belgique, la médecine est dépourvue. En tant que médecin, j'ai certainement fait des tas d'erreurs mais, en l'absence d'un contrôle qualité, jamais personne ne me l'a dit. Dans le champ des assuétudes, si on avait mis en place des contrôles qualité sur la prescription, on aurait certainement mieux interprété l'explosion des prescriptions de *Rohypnol* entre 85 et 95. Si on avait pu comparer les prescriptions des médecins et leurs diagnostics, on aurait compris qu'en dépit de son extrême dangerosité le *Rohypnol* faisait office de produit de substitution à l'héroïne. C'est caractéristique de la Belgique où rien n'est mis en place pour que nous puissions poser les bonnes questions. Certes, la campagne très coûteuse visant à inciter les médecins à prescrire moins d'antibiotiques a très bien marché. Après deux ans, les mauvaises habitudes ont toutefois repris le dessus. Pourquoi ? Parce que, précisément, cette campagne ignore l'essentiel, à savoir l'influence

des firmes pharmaceutiques à l'égard des médecins. Si on le faisait et qu'on osait dénoncer la pratique de la représentation

médicale au motif qu'elle perturbe gravement la délivrance de prescriptions par la mise en avant de produits inutiles, dangereux et inadéquats, on se ferait assassiner par l'industrie pharmaceutique.

En tant que médecin généraliste, que pensez-vous du cadre légal censé réglementer la délivrance des traitements de substitution ?

Je n'ai pas connaissance de ce cadre légal qui, de toute façon, ne m'intéresse absolument pas.

Désormais, le médecin est censé prouver qu'il suit ou qu'il a suivi une formation. S'agissant du patient, la loi

Personne ne fait de la mauvaise médecine mais rares sont ceux qui réfléchissent à la médecine qu'ils pratiquent.

impose la délivrance quotidienne de méthadone en officine.

L'idée qu'un médecin soit formé de façon à pouvoir répondre adéquatement à une demande de la population est plutôt pertinente. C'est très préoccupant de se rendre compte qu'un étudiant de quatrième année de médecine, ne sachant généralement rien de la complexité des phénomènes de dépendance, réagit de façon élémentaire, sur base de principes moraux du type « il n'avait pas qu'à », « il faudrait que » ou « ils n'ont qu'à ». L'exigence de formation est une bonne chose, mais si le médecin a été agréé pour faire un traitement qu'on lui fiche la paix. Le 15 octobre 1992 à 17 heures j'ai fait ma première prescription de méthadone parce que j'avais passé deux ans à étudier la question et qu'il n'y avait pas de raison que je refuse les soins que l'on me demandait. D'autant que cette demande émanait des enfants de mes patients. Parmi ceux que j'ai soignés, quelques-uns sont morts, mais beaucoup moins que mes cancéreux, de nombreux autres se sont mariés, ont fait des gosses et sont en pleine forme. Quelques-uns sont toujours sous méthadone dont certains ont 50 ans et savent parfaitement qu'ils seront en traitement toute leur vie. Exiger d'eux qu'ils prennent leur méthadone en pharmacie est une aberration. On ne peut se contenter d'une morale de l'in-

terdit. Les usagers de drogues sont comme tout le monde, des gens complexes, mais leur malheur est de ne pas toujours comprendre ce qui leur arrive et d'être traités comme des criminels.

Votre approche relationnelle de la prévention est, en quelque sorte, une transposition de votre pratique.

Je pense que le modèle de prévention relationnel vient remplacer utilement le modèle chronologique où la prévention se résume à une vue du médecin sur une tâche à réaliser avant la survenue d'un événement. Dans cette vision chronologique, la prévention quaternaire correspond aux soins palliatifs. L'originalité du modèle que je propose n'est pas tellement d'avoir une nouvelle définition de la prévention quaternaire, mais de développer une vision relationnelle de la prévention, plus qualitative et aussi plus individuelle. Je suis évidemment intéressé par la santé publique mais je suis d'abord un clinicien de patient individuel et un médecin de famille. « Qu'est ce que je dois faire docteur ? » Telle est la question qui en premier lieu m'attire. Et à moi d'aider le patient à trouver comment faire pour qu'il puisse survivre. Car au final, la question centrale demeure toujours identique. Comment survivre socialement, politiquement, économiquement et mentalement ?

Lectures

- LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1993.
- Moynihan Ray, "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", *British Medical Journal*, 324:886, 13 April 2002
- BLECH Jorg, Les inventeurs de maladies, Actes Sud, mai 2005.
- GORI Roland, DEL VOLGO Marie-José, *La Santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël 2005.
- CONRAD Peter, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, 2007.
- JAMOUILLE Marc, *Prévention quaternaire*, http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm