

Entretien conduit par Julien Nève<sup>1</sup> avec Marc Jamouille, médecin de famille

## La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste

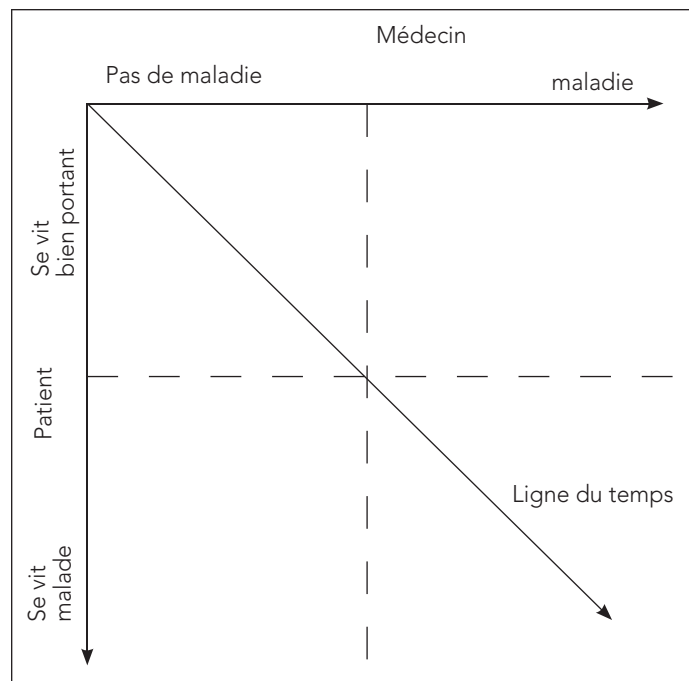
Dans le domaine de la santé, il est de notoriété publique que la prévention se décline selon un modèle chronologique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Fort de son expérience de médecin généraliste, Marc Jamouille subvertit ce modèle et l'enrichit d'une dimension relationnelle. Opérant 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. Beaucoup de médecins généralistes sont devenus des psychothérapeutes sans que cela ne pose vraiment question. Ils se sont arrogés un droit de regard sur la vie des gens sans pour autant disposer d'un guide de référence éthique ou moral cohérent. Désormais, plus rien n'échappe à la médecine, de la naissance à la mort vous ne pouvez plus exister sans médecin. Cette préséance 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?

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

Lors d'un cours de santé publique, reprenant cet outil «khi carré» à mon compte, je me suis amusé à mettre en abscisse le patient et en ordonnée le médecin de manière à pouvoir construire une typologie des relations qui se nouent entre eux. Si l'on trace une croix au milieu du carré, on obtient 4 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 prévention 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 futurs 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 capitalistique 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 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

<sup>1</sup> Repris de l'article presse dans Prospective Jeunesse n° 60 p. 7-11. [www.prospective-jeunesse.be](http://www.prospective-jeunesse.be)

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 local en fait un million de consultations 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?*

Les futurs médecins sont formés à la médecine, pas à l'écoute. 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. Un médecin normal lui dira que c'est la conséquence de son baby blues. La plupart des médecins ignorent en effet 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 donner l'occasion de prendre un billet d'avion pour aller voir sa mère pendant 40 jours. Voilà comment on diagnostique une dépression du 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 multi-maladie 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. 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.

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

La médecine est centrée sur le médecin et non sur le patient. Le motif qui a poussé le patient à entrer en contact avec le système de santé n'intéresse pas vraiment. 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 rare 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 plaque 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. A 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. 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.

*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 évènement. Dans cette vision chronologique, la prévention quaternaire correspondait 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 J-P. De la maladie médicale. Bruxelles : De Boeck-Wesmael; 1993.
- Moynihan R. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886.
- Blech J. Les inventeurs de maladies. *Actes Sud*, mai 2005.
- Gori R, Del Volgo M-J. La Santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Editions Denoël; 2005.
- Conrad P. The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
- Jamouille M. Prévention quaternaire. Internet: [http://docpatient.net/mj/P4\\_citations.htm](http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm).

Correspondance:

Dr Marc Jamouille  
Centre Académique de Médecine générale  
Avenue Emanuel Mounier 53  
B-1200 Bruxelles  
[marc\\_jamouille\[at\]runbox.com](mailto:marc_jamouille[at]runbox.com)