

■ A propos d'un dessin¹

Marc Jamouille², Médecin de famille, Chercheur en Soins Primaires, IRSS, University of Louvain, Belgique

Quand j'ai trouvé l'idée de la P4³; en 1986, le monde n'était pas encore globalisé. L'OMS insistait encore sur la liste des médicaments essentiels, les pays non occidentalisés ne consommaient pas de Statines et l'Attaque de Panique s'appelait encore Crise de nerf. La dépression n'était pas encore une affection à traiter sans arrêt et les psychotiques ne recevaient de drogues que pendant leurs crises. L'industrie alimentaire n'était pas encore si performante pour vendre de la mal bouffe mais le tabac était déjà partout.

Lors d'une formation en santé publique, plongé dans les exercices du chi carré, ce test statistique qui tente de séparer le bon grain de l'ivraie, je m'exerçais à calculer des spécificités, des sensibilités et autre valeur prédictives positives dont on sait qu'elles valent presque tout pour des populations mais rien pour un patient individuel. Je m'intéressais aux grands nombres et à leur immense potentiel de prédiction pour les événements groupés, mais après les cours je retrouvais mes patients et des situations comme celle-ci ; « *Il est seul avec sa femme malade, il a mal au dos et il boit*⁴ », situation qui échappe totalement à toute emprise statistique et à toute prédictivité.

J'ai toujours été un de ces cancre qui suivent les cours près du poêle et loin du regard inquisiteur du maître mais heureusement le trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité n'existait pas encore. En 1986, j'avais gardé cette capacité à être « dans la lune » quand j'assiste à des cours. Ceci explique que lors d'un cours de stats, j'avais été poussé à faire un petit dessin sur le bas côté d'une feuille. Plutôt que de tester des

occurrences j'ai griffonné une nouvelle mouture d'un test improbable, celle qui teste le médecin contre le patient, la connaissance de quelques uns contre le doute de la plupart et la science contre la conscience.

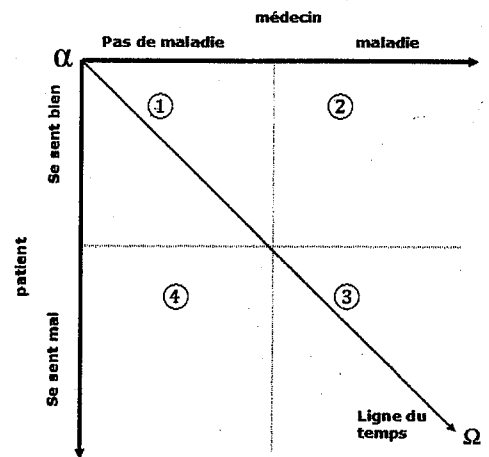


Figure 1. Vue relationnelle des champs d'action en médecine (Jamouille 1986)

Ce faisant on délimiteⁱⁱⁱ quatre possibilités d'accord ou de désaccord. Patient et médecin peuvent tomber d'accord qu'il n'y a pas de maladie④. Le médecin peut parier sur la maladie et tenter d'y entraîner son patient qui se vit bien portant②. Il peuvent tous deux être d'accord sur l'existence d'un problème, la nécessité de le traiter et d'en prévenir les complications③. Mais il peuvent être en désaccord, le patient se vivant malade et le médecin ne trouvant rien ④, situation ô combien fréquente et risquée pour le malade.

De façon intéressante, patients et médecins se rencontreront forcément au point Ω, dans la maladie et la mort.

C'était aussi le moment où j'étais plongé dans le *Textbook of Family Medicine* de Mc Whinney et je me réjouissais de ses prises de positions pour l'homme pa-

1. Ce texte a été publié en langue portugaise dans: Jamouille, M. (2012). Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. *Rev Port Med Geral Fam*, 28, 398-9. Retrieved from <http://dazbook.com/euromedice/rpmgf-nov-dez-2012/#/12>

2. marc.jamouille@uclouvain.be

iii. Jamouille, Marc, 'Information et Informatisation en Médecine Générale [Computer and Computerisation in General Practice]', in *Les informa-giciens* (Namur, Belgium: Presses Universitaires de Namur, 1986), pp. 193-209

ii. Jamouille M. *Chroniques d'une consultation*. FMMSCF. Bruxelles: FMM, Bruxelles; 1986.

iii. Jamouille M, Roland M. "Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille" [Internet]. *Louvain médical* 2003;122:358-365. Available from: <http://www.md.ucl.ac.be/loumed/CD/DATA/122/358-365.PDF>

Giddens A., *The consequences of modernity*, Stanford, Stanford University Press.

Hansson S., 2005, « The epistemology of technological risk », *Techné*, 9, 2, pp. 68-80.

Kermisch C., 2011, *Le concept de risque. De l'épistémologie à l'éthique*, Paris, Lavoisier.

« La multiplication de normes fondées sur les risques expose la pratique médicale à se confondre avec le strict respect de procédures au détriment de la réflexion éthique. »

tient. Je m'étais aussi réjoui quelques années plus tôt de lire Illich et encore plus avant Balint. Au croisement de la santé publique et de la santé individuelle, je m'interrogeais sur les questions éthiques qui traversaient mon métier.

Toujours portés par le questionnement de ma relation au patient, je m'intéressais ensuite au concept de raisons de rencontre. Le prof. Henk Lamberts de l'université d'Amsterdam m'accueillit au sein de ce qui allait devenir le Wonca International Classification Committee (WICC). En 1999, le WICC accepta la définition que je proposais^{iv} dans la foulée des trois premières^v et le concept fut retranscrit dans le *Wonca Dictionary of General Practice*^{vi}.

Prévention quaternaire

Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.

Le concept serait resté confidentiel et amusant si l'un des membres du Comité n'avait convaincu la grande Barbara Starfield^{vii} de s'y intéresser. La perception du monde changeait chez certains de mes collègues. Sous le couvert de découvertes de nouveaux médicaments, de nouveaux aliments, de nouveaux pesticides, les industries du médicament, de l'alimentation et la chimie avaient rattrapé leur retard sur l'industrie du tabac en termes de nocivité pour l'espèce humaine en particulier et la terre en général. Tous avaient recours aux mêmes méthodes sophistiquées de manipulation de l'information et de séduction psychologique, les mêmes que celle utilisée par l'industrie du tabac pour inciter les jeunes à penser que le tabac n'est pas une drogue addictive. L'industrie du médicament a déployé des armées de délégués médicaux, des trésors

d'ingéniosité pour cacher derrière une façade scientifique la manipulation de l'information, l'achat d'espaces de publication, la dissimulation d'échecs et la noyade de vraies nouvelles alarmantes par un amas de publications rassurantes prépayées^{viii}.

Mais la capacité de dévoiler l'information et celle de l'analyser s'est aussi répandue avec détermination. De très nombreux médecins et scientifiques du monde entier ont commencé à dénoncer les manipulations et abus en tous genres. Aucun domaine de la médecine actuelle n'échappe à une critique en règle. Et comme ces dernières décennies la médecine s'est déclarée compétente pour tout, de la santé mentale à la sexualité en passant par les comportements, les critiques fusent de partout et en particulier des acteurs des soins de santé primaires, ceux qui sont en contact quotidiens avec la population.

Le domaine des classifications et particulièrement le DSM a été un de ces champs de bataille avec les révélations des manipulations auxquelles l'association américaine de psychiatrie s'était prêtée^{ix}. Il avait fallu en 1999 toute la pugnacité d'un groupe des premiers médecins internautes et une première pétition pour empêcher que l'OMS n'avalise des nouvelles normes de tension artérielle insidieusement proposée par une multinationale du médicament qui tentait d'étendre son marché. La crise de la soi disant pandémie de grippe a ouvert les yeux sur l'influence des firmes sur les États et l'OMS. De nombreux médicaments sont proposés comme des panacées et retirés du marché après des luttes féroces dans lesquelles on se rend compte que les organismes de contrôles internationaux sont aussi manipulés par les mêmes firmes^x.

Des journalistes^{xi} dénoncent ces manipulations devant lesquelles la plupart des médecins restent impassibles ou

- iv. Jamouille M, Roland M. *Quaternary prevention*. "WICC annual workshop Hong Kong: Wonca congress proceedings"; 1995
- v. Wonca International Classification Committee. (1995). *An international glossary for general/family practice*. WONCA Classification Committee. *Family Practice*, 12(3), 341-369
- vi. Bentzen N, editor. *Wonca International Dictionary of General Family Practice: Wonca International Classification Committee*; 1999
- vii. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. "The concept of prevention: a good idea gone astray?" [Internet]. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2008 Jul;62(7):580-583
- viii. A. Flanagan et al., "Honorary Authors and Ghost Authors in Peer-Reviewed Medical Journals," *JAMA* 280 (1998): 222-24.
- ix. L. Cosgrove, S. Krinsky, M. Vijayaraghavan and L. Schneider, "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry", *Psychother Psychosom* (2006) 75(3), 154-160.
- x. Frachon, Irène, *Mediator 150 Mg: Sous-titre Censuré* (Editions-dialogues.fr, 2010)
- xi. Moynihan, Ray, Jenny Doust, and David Henry, 'Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming the Healthy', *BMJ (Clinical research ed.)*, 344 (2012), e3502

« La médecine devient pour la première fois de l'histoire contemporaine suspecte de disséminer la maladie. »

Activité médicale; une vue relationnelle

		(-) Point de vue du médecin	(+)
Point de vue du patient	(-)	Prévention primaire : Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex ; vaccination)	Prévention secondaire: Action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (ex ; dépistage de l'hypertension).
	(+)	Prévention quaternaire : action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (ex EBM)	Prévention tertiaire : Action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex ; prévention des complications du diabète)

Figure 2 la relation médecin malade induit quatre champs dans lesquels viennent naturellement s'insérer les définitions de la prévention existantes 1, 2, 3 (Wonca, Glossary 1995) et la quatrième (Jamoulle & Roland, Wonca 2003)

complices. Dans tous les domaines de l'exercice de la médecine, que ce soit l'information, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les exemples de dépassement des limites de l'acceptable peuvent être trouvés. La médecine devient pour la première fois de l'histoire contemporaine suspecte de disséminer la maladie. Le *Primum non nocere* hippocratique est mis à mal par cette civilisation de marchands sans scrupules.

Ce tableau sombre n'est à l'égal que du doute qui envahit la pratique quotidienne. L'inflation d'information, de dépistage, de moyens diagnostiques, de nouveaux traitements demande une sagacité incroyable au médecin de terrain obligé de toujours mettre le doute au centre de son processus de décision.

Dans ce nouveau cadre, qui aiguise ce qui en nous est resté de la démarche scientifique, le petit tableau du chi square entre le patient et le médecin fournit une étonnante grille d'observation de ces phénomènes. Le champs un

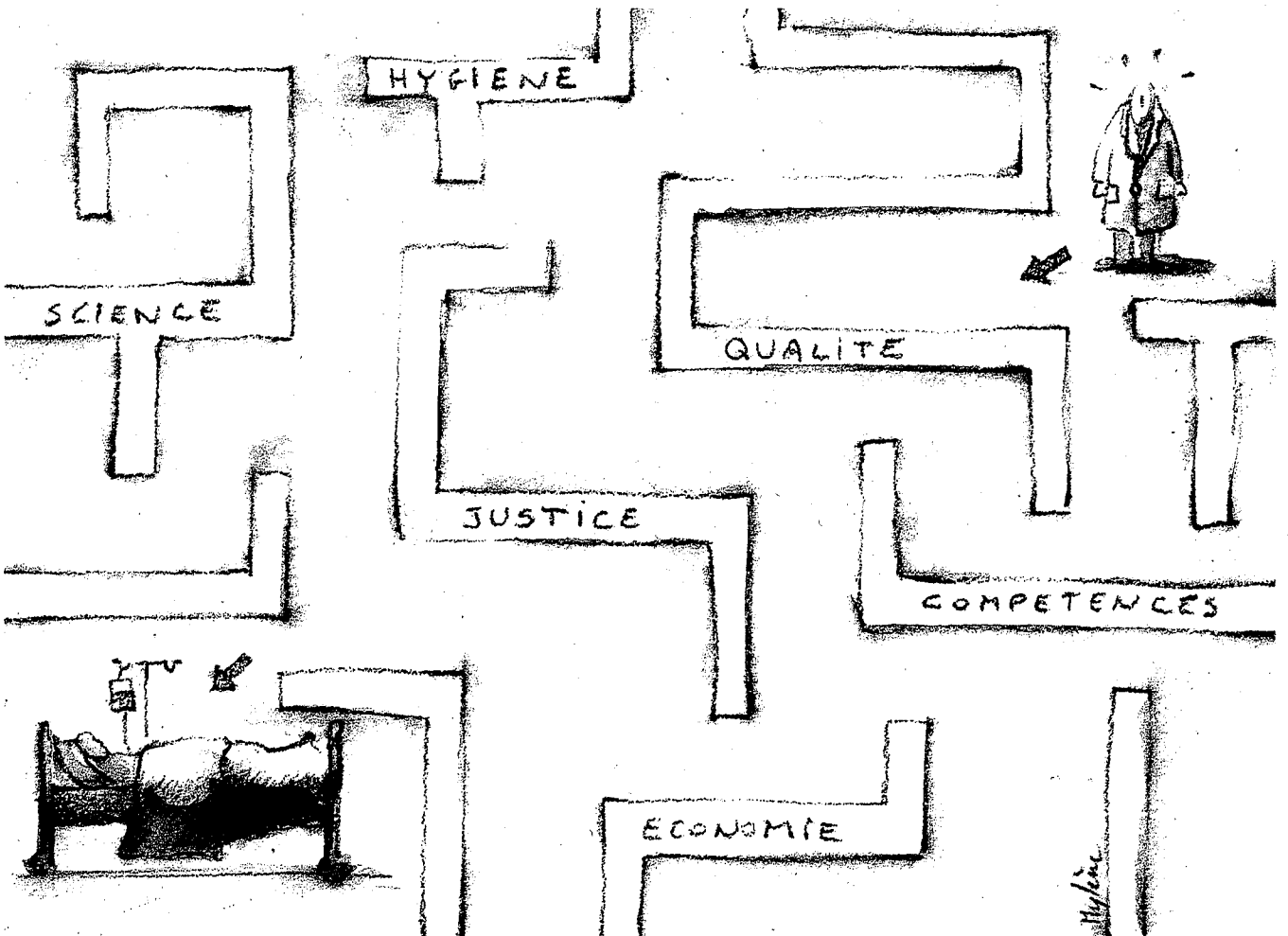
convient parfaitement à la surinformation, le champs deux au surdépistage, le champ trois au surtraitement et au surdiagnostic ou à la médecine défensive et le champ quatre, qui interroge notre relation, nous permet aussi de questionner notre agir à tous les niveaux.

Très curieusement, le petit dessin a été récupéré par d'innombrables médecins et enseignants à tel point qu'en 2010 j'ai eu la surprise de me rendre compte que des jeunes étudiants de première année de médecine brésiliens le connaissait parfaitement. Diffusé partout par les collègues du WICC, le concept a fait son chemin en Europe et en Amérique latine et est en route pour l'Asie.

En 2011, l'Equipo Cesca a organisé à Barcelone un premier séminaire par Internet sur la Prévention Quaternaire. En 2012, un séminaire international *on line* terminé par une journée de débats à Buenos Aires rassemble des médecins, psychologues et travailleurs sociaux argentins, uruguayens, brésiliens équato-

riens et de nombreux autres pays pour une discussion inouïe sur la validité de notre métier au départ de la grille de réflexion de la Prévention Quaternaire. Le concept QP sert manifestement de détonateur à un échange extensif sur l'éthique du métier de soignant dans ce monde globalisé. L'année 2012 a vu mourir deux des

maîtres à penser de notre discipline les plus éminents, Jan Mac Winney et Barbara Starfield et le concept de prévention quaternaire leur doit beaucoup. Je suis extrêmement honoré et touché d'être porteur d'une pensée si féconde au travers d'une histoire incroyable qui a commencé par un petit dessin au bord d'une page.



■ Normes économiques de performance à l'hôpital : quelle performance ?

M.-C. CLOSON, *Socio-économie de la santé, IRSS, UCL, Belgique*

I) Introduction de normes de performance à l'hôpital dans un contexte de déficit public

Pour comprendre l'impact des normes économiques de performance sur les comportements des professionnels de santé et sur la santé des patients, il est indispensable de comprendre le contexte dans lequel ces normes ont été instaurées. Dans les années 70-80, la croissance des dépenses de santé a été de plus en plus confrontée aux déficits publics et aux difficultés d'accroître les ressources de la sécurité sociale dans un contexte de concurrence qui pousse à tenter de diminuer les charges salariales. La réponse la plus immédiate a été de savoir si les ressources étaient utilisées de manière efficiente dans les hôpitaux : ne pouvait-on pas faire mieux avec les mêmes ressources ? Le but devrait être d'inciter à utiliser au mieux les ressources pour améliorer la santé de la population. D'autres objectifs doivent également être pris en compte comme l'accessibilité aux soins, la qualité des soins... Toutefois, face à un contexte de déficit public ou de déficit des hôpitaux, certains ont été tentés de se fixer des objectifs plus immédiats et directement financiers tels que diminuer les déficits de la sécurité sociale, augmenter la performance en termes financiers des hôpitaux.

Jusqu'aux années 80, l'hôpital était une boîte noire... Comment améliorer la performance sans la mesurer ? D'où l'enjouement depuis les années 80 pour la recherche de critères permettant de mesurer la performance de l'hôpital :

indicateurs permettant de mesurer les besoins auxquels l'hôpital est confronté, la performance dans l'utilisation des ressources pour répondre à ces besoins et la performance dans les résultats et la qualité des soins. Le souci était de faire évoluer le système de financement à l'acte et à la journée qui incitait à la surconsommation des actes et journées vers un financement basé sur des critères de besoin et de performance. Les premiers critères de besoins retenus ont été les types de pathologies des patients traités à l'hôpital, leur sévérité et l'âge des patients. Les comparaisons inter-hospitalières montraient des écarts très importants entre les hôpitaux dans l'utilisation moyenne des ressources (durée de séjour, honoraires médicaux, médicaments) pour un même niveau de besoin. Ainsi pour soigner, par exemple, une simple appendicectomie sans complication, certains hôpitaux avaient en moyenne des durées de séjour et des dépenses en honoraires doubles de celles d'autres hôpitaux. Pour réduire l'iniquité dans la répartition des ressources entre hôpitaux et inciter ceux-ci à l'efficacité dans la prise en charge de leurs patients, une première « norme » économique a été progressivement instaurée dans le système de financement des hôpitaux : plutôt que d'être rémunérés à la journée d'hospitalisation, à l'acte médical ou au médicament, les hôpitaux recevraient la moyenne des recettes observées (en nombre de journées, médicaments...) par groupe de pathologies et niveau de sévérité pour l'ensemble des hôpitaux ou devraient rembourser les recettes d'honoraires qui s'éloignaient trop de cette moyenne.

« Le qualitatif, le relationnel tellement essentiels dans les choix collectifs du vivre-ensemble, dans la relation soignant-soigné sont dévalorisés parce que non ou peu quantifiables. »