

## Prévention quaternaire: *D'abord, ne pas nuire.*

M. Jamoulle, médecin de famille

**La terreur s'accentua  
Personne ne savait qui était sain, ni qui était fou.  
Joachim Maria Machado de Assis (1839-1908)  
O Alienista**

[marc.jamoulle@uclouvain.be](mailto:marc.jamoulle@uclouvain.be) Belgique

Texte préparé pour le 11<sup>ème</sup> Congrès de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC),  
Brasilia, 23- 26 Juin 2011

### Résumé

Depuis le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle on a organisé la prévention clinique sur un mode chronologique. Le glissement paradigmatique d'une prévention chronologiquement pensée vers une prévention basée sur la relation ouvre de nouvelles perspectives sur le travail des médecins et spécifiquement sur le champ préventif. Le concept de prévention quaternaire apparaît, apportant un regard critique sur l'agir médical et le renouvellement de l'antique mot d'ordre; d'abord ne pas nuire.

### Examinons le travail du médecin de famille ; comment ne pas nuire ?

Selon un de mes collègues, un bon docteur doit être un bon acteur. Mais les principales qualités requises de la part du professionnel du champ de la santé sont des bases éthiques solides, une compétence scientifique à jour et une bonne capacité aux relations humaines<sup>1</sup>. Il n'est pas malaisé de saisir de quoi on parle quand il s'agit de normes éthiques ou de relations humaines mais en soins de santé, il est devenu difficile de cerner ce qui forme la compétence scientifique.

### La bonne médecine

Dans les trente dernières années de ma pratique professionnelle, la technologie a modifié profondément le traitement de certaines catégories de maladies. Une maladie de Hodgkin n'est plus synonyme de mort et les fumeurs peuvent continuer à fumer avec un stent coronaire. Bien qu'il ne soit pas sur que les médecins puissent modifier l'état de santé des groupes de population en situation précaire<sup>2</sup>, ils peuvent certainement améliorer la santé individuelle et d'ailleurs ils en vivent. Les drogués ne sont pas les meilleurs amis des médecins tant qu'ils n'ont pas une hépatite C et l'éthique médicale nous commande de sauver les malades à tout prix, puis de gérer les vieux abandonnés dans des homes où ils font le profit des fonds d'investissement<sup>3</sup>. Il est évident que dans les pays de forte économie les limites de la bonne médecine ont été atteintes. Mais personne ne connaît l'alternative.

## Mauvaise médecine

Les soins de santé sont pollués par les forces du marché<sup>4</sup>, et la cible du savoir scientifique s'est déplacée des soins vers l'évaluation du risque. Tous les êtres humains sont virtuellement des malades en puissance quand il s'approchent des médecins<sup>5</sup>. Le médecin est omniprésent, du berceau au tombeau et notre existence entière est médicalisée<sup>6,7,8</sup>. Les classifications des maladies ont été adaptées aux besoins de l'industrie<sup>9</sup> et des conflits d'intérêts minent la confiance que les patients peuvent avoir dans les agences de santé<sup>10</sup> et dans des soi-disant experts médicaux ou en santé mentale<sup>11,12</sup>.

La distinction traditionnelle et profondément ancrée dans notre culture entre le vécu du malade et la maladie objectivée par la médecine est en train de disparaître. Une personne qui se sent malade sans avoir de maladie n'a pas de place dans notre société tandis qu'un sujet malade et qui ne veut pas l'accepter est perçu comme quelqu'un qui veut échapper à la médecine.

La distinction entre le *normal* et le *pathologique*<sup>13</sup> se dissout. Les compagnies pharmaceutiques et les psychiatres s'emparent des émotions et en font des maladies en les médicalisant<sup>14</sup>. Les dépenses en soins de santé ne cessent d'augmenter emmenées par la médecine défensive, le sur-diagnostic et le sur-traitement<sup>15</sup>. Partout les besoins des humains sont transformés par des gestionnaires en "profils d'utilisateurs"<sup>16</sup>.

## Le bon chemin

Dans cette atmosphère de pression économique on peut se demander comment on peut encore avoir le temps d'écouter un patient et le soigner correctement et ce dans des limites éthiques acceptable. Le risque, confondu avec la maladie, est devenu l'argument massue des fabricants de maladies. Les patients porteur d'hypertension non compliquées deviennent les hypertendus, les patients dont le cholestérol est trop élevé deviennent des dyslipidémiques. Le signe est la maladie. Et cela alors que le rôle des biomarqueurs dans la prévention des maladies est fortement remis en question<sup>17</sup>.

Le glissement de la gestion de la maladie à la gestion du risque<sup>18</sup> signifie que tout un chacun est candidat à la médecine. Comme le dit le Dr Knock dans l'œuvre magistrale du même nom de Jules Romain<sup>19</sup> ; *Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore*.

Et comme l'avait bien vu Illitch, la prévention clinique est maintenant à la base de l'activité médicale<sup>20</sup> et il devient de plus en plus difficile de séparer la bonne de la mauvaise médecine.

Voyons comment un médecin généraliste s'en tire au quotidien, comment il affronte ces contradictions et évite ces abîmes éthiques.

## La prévention Clinique, entre maladie transmissible et gestion de maladies, le pain quotidien du généraliste.

Chercher le chemin dans la jungle des publications et médiatisations scientifiques, savoir quelle mesure prendre ou conseiller au moment le plus opportun, voilà quelques défis qui guettent le généraliste.

La continuité des soins est au cœur de la pratique généraliste et demande une bonne relation interpersonnelle, la connaissance du patient et la disponibilité des données personnelles de santé au bon moment. En accumulant de l'information personnelle sur ses patients et en les suivant pendant de longues années, le médecin de famille devient un organisateur de médecine préventive. Et en effet, la prévention clinique, c'est enclencher dans la vie d'un patient une procédure de soins adéquates au moment pertinent.

La prévention clinique est une idée plutôt récente dans l'histoire de la médecine et qui a suivi de près l'usage extensif du concept de diagnostic<sup>21</sup>. La quarantaine, premier geste de prévention organisée, a pris naissance dans la Croatie du 14<sup>ème</sup> siècle mais il a fallu attendre la fin du dix-neuvième pour que les mesures de quarantaine soient vraiment médicalisées. En 1903 le terme « poste de santé » (Health station) est substitué au terme Lazaretto qui datait de la Peste. C'est alors qu'en Europe et particulièrement en France et en Italie la distinction entre malade, malade suspecté ou en bonne santé a pris de l'importance en médecine<sup>22</sup>. Mais jusqu'au vingtième siècle, le terme prévention n'était utilisé que dans le domaine de la santé publique et faisait référence à la compréhension et au contrôle des maladies transmissibles<sup>23</sup>.

## La ligne du temps et les soins centres sur la maladie.

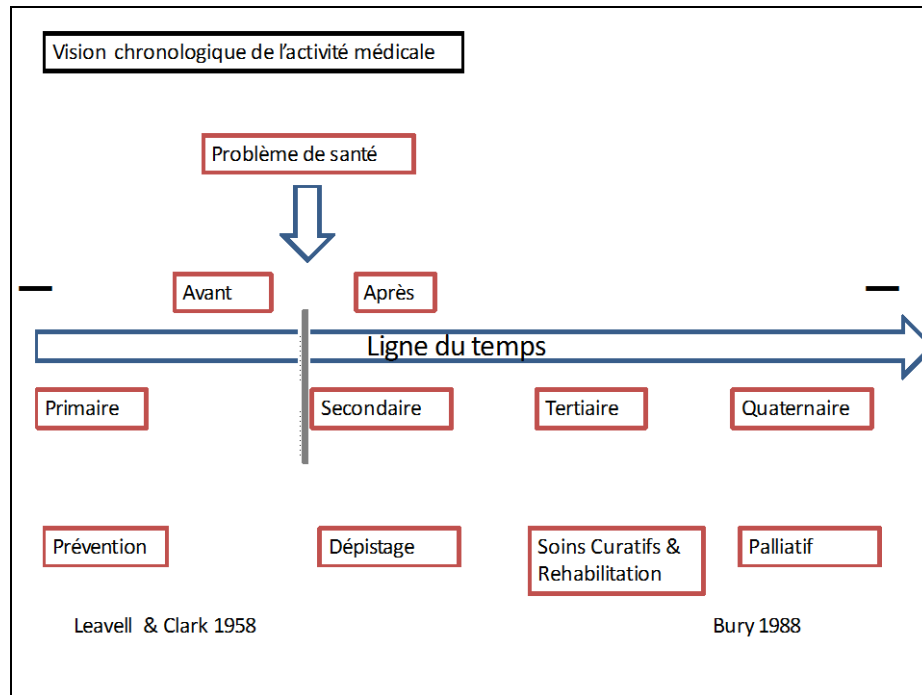
Le terme Prévention primaire a été suggéré à la fin des années 40 par Leavell & Clark<sup>24</sup>. Ils décrivaient ainsi les "mesures applicable à une maladie ou à un groupe de maladies dans l'intention d'intercepter les causes de la maladie avant qu'elles n'atteignent l'homme". Dans cette optique, la *Prévention secondaire* forme un ensemble de mesures de détection et d'intervention précoce pour contrôler un problème ou maladie et en minimiser les conséquences tandis que la *Prévention tertiaire* doit se focaliser sur la réduction des complications attendues d'une maladie ou problème existant, par le traitement et la réhabilitation<sup>25</sup>.

Ces concepts ont été utilisés partout et enseignés à des générations d'étudiants en médecine. Pourtant d'aucuns ont estimés ces définitions peu précises et inefficaces à l'usage<sup>26</sup>. La plupart des auteurs sont d'accord sur la définition de la Prévention primaire qui traite des mesures à prendre et de la promotion de la santé avant que les problèmes ne surviennent.

L'usage du terme Prévention secondaire varie lui selon le contexte médical. Il est utilisé le plus souvent dans son sens chronologique – signifiant après – par les cardiologues et l'industrie pharmaceutique tandis que les cliniciens et les épidémiologistes l'utilisent dans le dépistage des maladies, dans sa signification avant qu'un évènement dramatique ne survienne.

Le concept de Prévention tertiaire, qui inclut naturellement le champ curatif, concerne les procédures de réhabilitation aussi bien que la prévention des complications. Ce terme est peu en usage. Dans la base de données des Medical Subject Headings (MESH) la Prévention tertiaire est définie comme « les mesures ayant pour objectif de fournir le support et la réhabilitation appropriés pour minimiser la morbidité et maximaliser la qualité de la vie après une maladie de longue durée ou un traumatisme ». Dans la base Pubmed, il n'apparaît que dans cinq citations alors que le concept concerne une grande partie de la littérature publiée sur la gestion des maladies.

Sur base de cette définition très médicale et centrée sur la maladie, Bury proposa en 1988 l'usage du terme Prévention quaternaire, dans son sens chronologique, pour désigner les soins palliatifs<sup>27,28,29</sup>. La figure 1 illustre cette vision chronologique de l'activité médicale. Le problème de santé à prévenir peut être positionné n'importe où sur la ligne du temps, de l'Alpha à l'Omega, du berceau au tombeau.



**Figure 1: Vision chronologique de l'activité médicale.** Dans cet exemple, le problème de santé surgit avant que le patient ne se sente malade et donc il s'agit de dépistage ou Prévention secondaire. Dans cette figure le terme Prévention quaternaire est usité dans le sens soins palliatifs.

### La ligne du temps et les soins centrés sur le patient.

L'approche centrée sur le patient proposée par Mc Whinney et son école ouvre une nouvelle perspective sur les activités médicales<sup>30</sup>. En recentrant l'organisation des soins sur le patient et non sur la médecine, sur le malade et non sur la maladie, on peut positionner les concepts dans un tableau à double entrée et obtenir une figure intéressante.

En 1986, l'auteur a proposé un croisement entre patient et docteur, entre conscience et science qui délimitent quatre nébuleuses<sup>31</sup>. Le terme nébuleuse est utilisé car la limite entre santé et mal être et entre santé et maladie n'est pas toujours facile à identifier. Quoiqu'il en soit, dans la pratique quotidienne, cette limite est au centre de la consultation. Le médecin et sa science sont pressés de dire si la maladie est présente et à un moment donné le bien portant se vit malade.

En 1994, Hellström aussi a croisé les concepts de malade et de maladie mais d'une façon légèrement différente. Il proposa quatre types de perception entre patient et médecin et entre malade et bien portant<sup>32</sup>.

En créant ces quatre champs basés sur la relation médecin malade on note que la ligne du temps se positionne obliquement (fig 2 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) de gauche à droite et de haut en bas. La vie nous entraîne inéluctablement vers la même fin. Tout un chacun deviendra malade et mourra, docteurs et patients !

Si le patient se sent en bonne santé et que le docteur ne lui trouve rien d'anormal, c'est le contexte idéal pour faire de la prévention qu'on appelle alors *Prévention primaire*, telle par exemple les vaccinations ou l'éducation à la santé (champ I)

Cependant le médecin fait tout ce qui est en son pouvoir pour découvrir une maladie même chez les biens portants. C'est l'objectif des dépistages et autres examens préventifs destinés à mettre en évidence Scolioses, MST ou cancers. Il s'agit donc bien de *Prévention secondaire* (champs II)

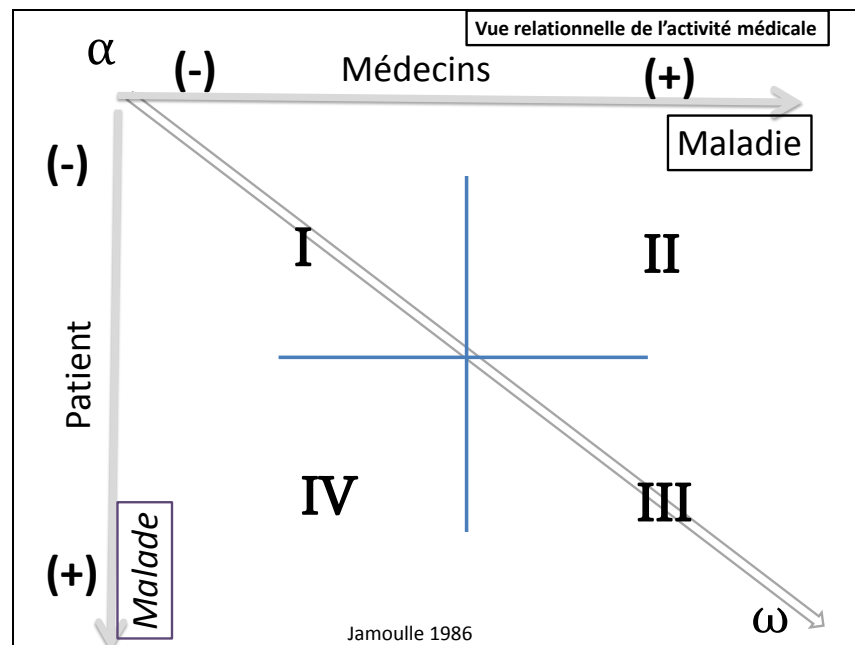


Figure 2 quatre champs de l'activité médicale correspondent à quatre formes de d'activité préventive ; (I) le patient n'est pas malade et le médecin initie une promotion de la santé ou une campagne de vaccination ; (II) le patient ne se vit pas malade et le médecin dépiste les maladies ; (III) malheureusement le médecin trouve une maladie et maintenant le patient le sait (mais parfois refuse de l'accepter), le médecin soigne, essaie d'éviter les complications et aide à la réhabilitation, c'est la prévention tertiaire ; (IV) le patient se vit malade et le médecin ne lui trouve rien. Prévenir cet état est le but de la prévention quaternaire.

Si patients et médecins acceptent la réalité du problème, on est dans le champ de la médecine curative. Diabète, tension artérielle trop haute, maladie de Lyme ou cardiopathie doivent être traitée. Un œil critique se portera sur l'activité médicale elle-même puisque les complications tant de la maladie elle-même que du traitement doivent être évitées. De plus il faudra mettre en route les processus de réhabilitation. Réductions des complications et réhabilitation forment par définition le champ de la prévention tertiaire (III)

Le quatrième champ n'est pas le plus facile. Le patient se sent malade et le médecin ne lui trouve pas d'anomalie, n'identifie pas de cause du mal être, identifie une mauvaise cause ou n'en trouve pas quand il y en a une. Erreur par excès ou par défaut. Les deux protagonistes sont prisonniers du vécu du patient. Toutes les activités médicales dans les autres champs de la prévention peuvent propulser le patient dans le quatrième champ. La promotion de la santé, le dépistage, les soins même peuvent laisser à penser au patient qu'il est malade et s'installer dans la blessure et la souffrance. La science n'est d'aucune aide.

C'est le champ du malentendu et de la croyance, où réapparaissent les peurs ancestrales et l'évasion dans la médecine. C'est le patient du lundi d'après l'émission de télévision consacrée aux cardiopathies ou celui de l'internaute obsédé. C'est celui des femmes cancérophobes d'avoir reçu

des messages réitérés de dépistage. C'est celui des patients inquiets qui transforment en maladie les plus petites anomalies et ceux qui expriment dans le champ de la médecine leur souffrance profonde et méconnue d'être humain. Il est évident que la pratique de la médecine elle-même peut être à l'origine de troubles sévères, quelque soit le secteur d'activité concerné, primaire, secondaire ou tertiaire.

## **Cette vue relationnelle est en phase avec la définition de la prévention de la Wonca**

Les définitions des trois premières formes de prévention ont été publiées en 1995 par le Comité de classification de la Wonca dans le Glossaire de médecine générale et de famille<sup>33</sup>. Ces trois premières définitions sont parfaitement adaptées au champ qu'elle occupe dans la figure 2. L'existence d'une quatrième, soit la *Prévention quaternaire* ne semble faire aucun doute. Sur base du modèle des autres définitions, l'auteur a proposé celle-ci lors d'une réunion du Comité de Classification de la Wonca à Hong Kong en 1995<sup>34</sup> ;

**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.**

Cette définition a été acceptée par le Comité de classification de la Wonca lors de la réunion qui s'est tenue à la Duke University à Durham en 1995 et a ensuite été publiée dans le Dictionnaire de médecine générale et de famille<sup>35</sup>. Lorsqu'elle est placée dans le quatrième champ de la table, la définition s'adapte parfaitement ( Figure 3).

Ce tableau est très efficace pour enseigner ces concepts aux étudiants. Ils n'en n'oublient jamais le contenu. On peut bien sur lire le contenu de la table sans le terme "prévention" et considérer les quatre champs comme des domaines d'activité du médecin dont le troisième sont les soins avec une insistance sur l'évitement des complications et la réhabilitation.

La table reflète bien les obligations du médecin de famille tout au long de la vie du patient. Elle correspond bien au principe des soins intégrés qui recommandent de mixer les soins curatifs et préventifs. Une consultation d'un médecin peut parfaitement avoir pour motif un mal de gorge (III), être le moment pour conseiller d'arrêter de fumer (I), mesurer la glycémie parce que le patient est diabétique (III), de s'enquérir si elle a fait un frottis de col (II) et en même temps l'écouter attentivement pour éloigner l'idée qu'il s'agit peut-être d'un cancer de la gorge (IV)

## **La prévention quaternaire, fruit d'une relation**

Même si on est persuadé que le "check-up" est un non sens du point de vue scientifique chez une personne asymptomatique<sup>36</sup>, comment faire avec ce patient permanent et ce docteur inquiet qui donnent un grande valeur à la détection de maladies insidieuses et cela en l'absence de preuve d'efficacité d'une telle activité<sup>37</sup>? Comment éviter la répétition de prescriptions de médicaments « me-too » prescrits par un médecin spécialiste sous influence ? Comment éviter les pièges de la médecine défensive ou ceux de l'industrie pharmaceutique dont nous sommes les meilleurs vendeurs<sup>38</sup>? Comment savoir si une procédure préventive, particulière, quelque soit son champ, est basée sur une connaissance scientifique ? Toutes les réponses à ces questions forment la base de la Prévention quaternaire. La prévention quaternaire est une façon d'interroger et de comprendre les limites scientifiques et éthiques de notre job.

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Connaissance du médecin, évolution naturelle de la maladie<br>Absente -----> Présente  |  |
| Conscience ou vécu du patient<br><br>Se sent bien | I<br>Prévention primaire<br>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)  | II<br>Prévention secondaire:<br>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)  |
|   | IV<br><b>Prévention quaternaire</b><br><br><b>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)</b> | III<br>Prévention tertiaire<br><br>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) |
| Se vit malade                                     |  |  |

**Figure 3 Les quatre domaines de l'activité médicale et de la prévention exprimés dans le cadre de la relation médecin malade.**

La consultation est une rencontre entre deux êtres humains, dans lequel un est le patient, qui a le rôle du malade et l'autre qui joue le rôle thérapeutique. C'est aussi une rencontre en connaissance et sensation. La connaissance du médecin (fausse ou vraie) influence la perception (vraie ou fausse) du patient et ce bien sur dans un rapport dialectique. En un sens il s'agit d'une rencontre entre science et conscience.

Le terme science comprend ici la connaissance biologique, mentale et sociale et en outre l'observation de ce qui se passé ici et maintenant, une sorte d'approche cybernétique de la consultation elle-même. La formation du médecin l'entraîne à confronter le patient à maladie. C'est son job de la mettre en évidence. Il sera gratifié d'avoir, au moins, identifier le mauvais en reculant toujours plus les limites de son exploration diagnostique. Ceci pourrait expliquer partiellement l'importance et le coût élevé de la médecine défensive.

De leur côté, les patients, quoique mentalement adéquats sont entraînés inéluctablement vers les territoires incertains de la maladie et de la mort. Ils deviennent incapables de résister à la l'anxiété portée par le fait que, au moins dans la civilisation nord occidentale, la maladie est porteuse d'exclusion sociale et que le corps et le corps sain surtout sont des valeurs sacrées.

Les patients créent naturellement leur état de la maladie. La sensation d'être malade sans qu'il y ait de substrat somatique est comme le rire, typique des humains. Ce phénomène, quand il est fortement exprimé, a toujours été connu comme hypochondrie ou hystérie et le terme consacré actuel est *somatoform disorder*. La limite de cette catégorie semble toutefois peu claire. Sa prévalence semble directement proportionnelle au nombre de thérapeutes.

Faire d'un bien portant un malade est un des dangers de l'exercice de la médecine mais ce danger d'erreur par excès ne porte pas de nom. Nous voilà entrés dans un film de Woody Allen. C'est aussi Molière qui rencontre Jules Romain et le Dr Knock qui rend le Malade imaginaire heureux<sup>a</sup>. Dans la pièce de Jules Romain, le Dr Knock, un quasi charlatan prend la place du vieux médecin du village. Très vite il s'arrange pour que tout un chacun se sente malade. Mais la population, au lieu de lui en vouloir, le porte aux nues, fait sa fortune et il apporte la prospérité au village en le transformant tout entier en un immense hôpital<sup>39</sup>.

## La prévention quaternaire, un champ d'interventions.

Contrôler l'anxiogénèse de la consultation et appliquer si possible les connaissances adéquates comme par exemple les recommandations EBM, sont les deux processus déterminants la prévention quaternaire basée sur la relation (champ IV).

Patient et médecin sont perdus dans le champ quaternaire. Pour éviter ce piège, il faut prendre des mesures. Les étudiants en médecine doivent apprendre à entendre les plaintes et à contrôler leurs propres doutes. Les médecins doivent implanter des mesures d'assurance de qualité, apprendre comment appliquer des recommandations fondées sur les preuves et identifier la fabrication de maladie<sup>b</sup>. Les médecins ont à apprendre que parfois, même si c'est difficile, il est mieux de ne rien faire et d'arrêter des investigations sans fin à la recherche de la maladie rare dont la prévalence en soins Primaires est quasi nulle.

Dans les trois autres champs, des mesures doivent être prises pour éviter que les patients ne tombent dans le quatrième. Internet et son patchwork d'information (champ I) est une source d'anxiété et de demande de soins non fondée. Le dépistage de la prostate ou du cancer du sein (champ II), au delà des complications qu'ils engendrent parfois inutilement peuvent entrainer le patient dans la cancérophobie. Un protocole d'imagerie dont les termes ne sont pas clairs ou pas expliqués peut terroriser un patient (champ III). Une attitude d'autocontrôle du médecin sur sa propre attitude et une bonne communication avec le patient forme la pierre d'angle d'une bonne consultation.

Le glissement d'une prévention organisée sur le temps vers une prévention organisée sur la relation ouvre de nouvelles perspectives de réflexions sur le travail du médecin. Il doit s'observer lui-même et questionner ses limites éthiques. Dans ce sens la prévention quaternaire est plus une affaire de médecin que de patient.

## Deux cas cliniques

On pourrait remplir le champ quatre avec des douzaines de soi-disant 'diagnostics'. De "functional somatic symptoms"<sup>40</sup> à "non-disease diseases"<sup>41</sup>, de symptômes médicalement inexpliqués (MUS)<sup>42</sup> à somatisation<sup>43</sup>, la littérature médicale regorgent d'exemples de situation où le médecin est confronté à un moment ou un autre à cette question angoissante. Qu'est ce que je peux faire à ça ?

Pour illustrer ces situations difficiles - ou écouter doit remplacer faire - l'auteur a résumé ci-dessus deux exemples provenant de ses consultations habituelles. Ces cas décrivent des personnes en bonne santé qui deviennent extrêmement préoccupées par leur état de santé. La question est

---

<sup>a</sup> Molière, "The Imaginary Invalid", Wikipedia, <[http://en.wikipedia.org/wiki/The\\_Imaginary\\_Invalid](http://en.wikipedia.org/wiki/The_Imaginary_Invalid)>. French speakers can enjoy Louis Jouvet playing Dr Knock on <<http://www.youtube.com/watch?v=gMqEkyNnjbE&feature=related>>.

<sup>b</sup> Le terme disease mongering est rendu ici par 'fabrication de maladie'.



profondément culturelle dans le premier cas. L'autre traite d'une erreur de laboratoire. Tous deux sont une illustrations du quatrième champ.

|  |   |
|--|---|
| <p>Fatma, 30 – Maghreb</p> <p>Une tâche noire sous le mamelon la préoccupe. Elle est très anxieuse. Elle parle vite. Hier, elle a appris qu'il y a dix ans un homme s'est suicidé dans la maison qu'elle vient juste d'acheter. Elle a été possédée un jour et exorcisée par un Iman bien connu. Elle a peur maintenant que les diables ne la rendent malade et ne la tue. Sa dernière mammographie, faite deux mois plus tôt, était négative. Mais elle veut être sûre que la tâche noire n'est rien de grave. Elle se déshabille et découvre ses seins. Écoutée, palpée, rassurée, elle repart l'esprit en paix.</p> | <p>Elisabeth, 72 – Belge</p> <p>Elisabeth est suivie depuis longtemps pour un cancer du sein bien soigné. La première erreur a été de cocher la recherche de ACE au lieu de CA 15-3 dans sa prise de sang de contrôle. L'ACE est très élevé et la patiente sait ce que ça veut dire. Son mari qu'elle a accompagné avec tendresse est mort à la maison d'un cancer du colon. Chez elle la colonoscopie est négative et un test de contrôle est de l'ACE aussi. Un faux positif donc. Mais elle sait la souffrance qu'un tel diagnostic implique. Elle ne me croit pas. Elle imagine que je ne lui dis pas toute la vérité pour la protéger. Il faudra de nombreuses consultations et beaucoup de patience pour enlever ses doutes et regagner sa confiance.</p> |
|--|---|

MJ, consultation de médecine de famille, Belgique, 2002. Le CEA et le CA-15-3 sont les marqueurs biologiques utilisés pour suivre certains cancers (CEA pour le cancer du colon et CA-15-3 pour le cancer du sein)

## Impact international du concept de Prévention quaternaire

Prévention quaternaire est un nouveau terme pour un concept ancien ; D'abord, ne pas nuire. Les limites ne sont bien sûr pas neuves mais le concept de Prévention quaternaire met un chapeau sur un ensemble de disciplines et attitudes comme la médecine basée sur les preuves, l'assurance de qualité, la médecine défensive, les propositions nosographiques abusives et les questions éthiques liées à la relation médecin malade et en particulier aux patients avec lesquels la relation est difficile.

La prévention quaternaire, initialement proposée comme une interprétation amusante des tableaux à double entrées, a pris de plus en plus d'importance chez les médecins. Le terme est apparu pour la première fois lors d'un congrès Wonca. Depuis lors, il a été admis dans le dictionnaire de médecine générale<sup>33</sup>. Il a été publié en français<sup>44</sup> et repris par plusieurs auteurs, nord américains<sup>45</sup>, espagnols<sup>46,47,48</sup>, portugais<sup>49</sup> et brésiliens<sup>50</sup>. Il a été avalisé par l'UEMO<sup>51</sup> et fait partie des recommandations d'organisation des soins de santé primaire au Brésil<sup>52</sup>.

En 2010, il a fait l'objet d'un séminaire spécial lors du congrès de la Wonca à Bâle ainsi que de la publication d'un texte collectif publié en 7 langues<sup>53</sup>. Une page Internet donne accès à ces publications<sup>c</sup>. La société brésilienne de médecine de famille et communautaire l'honore lors de son

---

<sup>c</sup> Web page citations on quaternary prevention, <[http://docpatient.net/mj/P4\\_citations.htm](http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm)>.

11ème congrès<sup>d</sup> et le groupe espagnol Equipo Cesca<sup>e</sup> lui consacre un séminaire online à Barcelone en 2011 précédé de discussion en ligne.

Le prisme de la relation médecin malade interroge les limites opérationnelles et éthiques de la connaissance. La mise en œuvre de la prévention quaternaire ouvrira une nouvelle ère de recherche en médecine de famille.

## Notes

- <sup>1</sup> G. Ibanez, P. Cornet and C. Minguet, "Qu'est-ce qu'un bon médecin?" [What is a good physician?], *Pédagogie Médicale*, (2011) 11(3), 151-165.
- <sup>2</sup> S. Isaacs and S. Schroeder, "The Ignored Determinant of the Nation's Health", *N Engl J Med* (2004) 351(11), 1137-42.
- <sup>3</sup> Anon. "Many Nursing Being Acquired by Wall Street Investment Firms", *Kaiser Health News* (2007), accessed 1 June 2011 <<http://www.kaiserhealthnews.org/daily-reports/2007/september/24/dr00047701.aspx?referrer=search>>.
- <sup>4</sup> Oshikoya KA, Oreagba I, Adeyemi O. Sources of drug information and their influence on the prescribing behaviour of doctors in a teaching hospital in Ibadan, Nigeria. *The Pan African Medical Journal*. 9:13. 2011.
- <sup>5</sup> R. Moynihan, "Who benefits from treating prehypertension?", *BMJ* (2010) 341(Aug 24 2), c4442-c4442.
- <sup>6</sup> R. Gori and M-JD. Volgo, *La santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence*, (Flammarion, 2009).
- <sup>7</sup> P. Conrad, "Medicalization and Social Control", *Annu. Rev. Sociol.* (1992) 18(1), 209-232.
- <sup>8</sup> P. Conrad, T. Mackie and A. Mehrotra, "Estimating the costs of medicalization", *Soc Sci Med.* (2010) 70(12), 1943-1947.
- <sup>9</sup> R. Moynihan "A new deal on disease definition", *BMJ*, (2011), 342, d2548.
- <sup>10</sup> I. Frachon, *Mediator 150 mg: Sous-titre censuré*, (Fr: Editions-dialogues, 2010).
- <sup>11</sup> P. Alonso-Coello, A.L.García-Franco, G. Guyatt and R. Moynihan, "Drugs for pre-osteoporosis: prevention or disease mongering?", *BMJ* (2008) 336(7636), 126 -129.
- <sup>12</sup> 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.
- <sup>13</sup> G. Canguilhem, *The Normal and the Pathological*. (New edition, Zone Books, 1991).
- <sup>14</sup> C. Lane, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (1st ed. Yale University Press, 2008).
- <sup>15</sup> H.G. Welch, L. Schwartzl and S. Woloshin, *Overdiagnosed*, (1st ed. Beacon Press, 2011).
- <sup>16</sup> C. Lerouge, J. Ma, S. Sneha and K. Tolle, "User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies" *Int J Med Inform* (2011) accessed 24 May 2011 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21481635>>.
- <sup>17</sup> F.R. Curtiss and K.A. Fairman, "Looking for the outcomes we love in all the wrong places: the questionable value of biomarkers and investments in chronic care disease management interventions", *J Manag Care Pharm.* (2008) 14(6), 563-570.
- <sup>18</sup> B. Starfield, J. Hyde, J. Gérvas and I. Heath, "The concept of prevention: a good idea gone astray?", *J Epidemiol Community Health* (2008) 62(7), 580-583.
- <sup>19</sup> J. Romain, *Knock ou le Triomphe de la médecine* (Editions Folio, 1972).
- <sup>20</sup> I. Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé* (Seuil: SEUIL, 1975).
- <sup>21</sup> C.E. Rosenberg, "The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience", *Milbank Q* (2002) 80(2), 237-260.
- <sup>22</sup> G.F. Gensini, M.H. Yacoub and A.A. Conti, "The concept of quarantine in history: from plague to SARS", *J. Infect.* (2004) 49(4), 257-261.

---

<sup>d</sup> Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), <<http://www.sbmfc.org.br>>.

<sup>e</sup> Equipo Cesca, Madrid, Spain, <<http://www.equipocesca.org/>>.

- <sup>23</sup> N. Howard-Jones, "The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. 5. The ninth conference: Paris, 1894", *WHO Chron.* (1974) 28(10), 455-470.
- <sup>24</sup> H. Leavell and E. Clark, *Preventive Medicine for the Doctor in His Community an Epidemiologic Approach*, (McGraw-Hill, 1958).
- <sup>25</sup> L. Cohen and Chehimi Sana. "The Imperative for Primary Prevention", *Prevention is primary: strategies for Community Wellbeing*, (Prevention Institute, 2010), available at: <[http://media.wiley.com/product\\_data/excerpt/53/04705509/0470550953.pdf](http://media.wiley.com/product_data/excerpt/53/04705509/0470550953.pdf)>.
- <sup>26</sup> P. Froom and J. Benbassat, "Inconsistencies in the classification of preventive interventions", *Prev Med* (2000), 31 (2 Pt 1), 153-158.
- <sup>27</sup> J. Bury, *Éducation pour la santé: concepts enjeux planifications* (Brussels: De Boeck-Université, 1988).
- <sup>28</sup> O.N. Gofrit, J. Shemer, D. Leibovici, B. Modan and S.C. Shapira, *Quaternary prevention: a new look at an old challenge* (Isr. Med. Assoc. J. 2000) 2(7), 498-500.
- <sup>29</sup> S.M. Weinstein, "Integrating palliative care in oncology", *Cancer Control* (2001) 8(1), 32-35.
- <sup>30</sup> I.R. McWhinney, *A Textbook of Family Medicine*, 2<sup>nd</sup> ed. (USA: Oxford University Press, 1997).
- <sup>31</sup> M. Jamouille, "Information et informatisation en médecine générale" [Computer and computerisation in general practice], *Les informa-g-iciens* (Namur: Presses Universitaires de Namur, 1986) 193-209.
- <sup>32</sup> O.W. Hellstrom "Health promotion in general practice" *The European Journal of Public Health* (1994) 4(2), 119 -124.
- <sup>33</sup> Wonca International Classification Committee, *An international glossary for general/family practice. WONCA Classification Committee. Fam Pract.* (1995) 12(3), 341-369.
- <sup>34</sup> M. Jamouille and M. Roland, *Quaternary prevention and the glossary of general practice/family medicine*, (Poster, Hongkong Wonca congress proceedings, 6 – 9 June, 1995).
- <sup>35</sup> Bentzen N. (ed.), "Wonca dictionary of general/family practice", *Maanedsskrift for Praktisk Laegegering*, (Copenhagen 2003).
- <sup>36</sup> M. Roland and M. Jamouille, "The periodic health examination: a useless test?", *Rev Med Brux.* (1998) 19(4), A255-262.
- <sup>37</sup> M.D. Beaulieu, E. Hudon, D. Roberge, et al. "Practice guidelines for clinical prevention: do patients, physicians and experts share common ground?", *CMAJ.* (1999) 161(5), 519-523.
- <sup>38</sup> E.G. Campbell, "Doctors and drug companies--scrutinizing influential relationships", *N. Engl. J. Med.* (2007) 357(18), 1796-1797.
- <sup>39</sup> G. Bellinger, *Knock (1951) - Plot Summary*, accessed 29 May 2011 <<http://www.imdb.com/title/tt0042649/plotsummary>>.
- <sup>40</sup> S. Wessely, C. Nimnuan and M. Sharpe, *Functional somatic syndromes: one or many?* (Lancet, 11 Sep 1999) 354(9182), 936-9.
- <sup>41</sup> C.K. Meador, "The art and science of nondisease" *NEJM* (14 Jan 1965), 92-95.
- <sup>42</sup> S. Reid and S. Wessely, "Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study", *BMJ* (31 March 2001) 322 (7289), 767
- <sup>43</sup> R.M. Epstein, T.E. Quill and I.R. McWhinney, "Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness", *Arch Intern Med.* (8 Feb 1999) 159(3), 215-22.
- <sup>44</sup> M. Jamouille and M. Roland, "Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille" *Santé conjugulée*, (2005), 71-77.
- <sup>45</sup> B. Starfield, J. Hyde, J. Gérvas and I. Heath, "The concept of prevention: a good idea gone astray?", *J Epidemiol Community Health* (2008), 62(7), 580-583.
- <sup>46</sup> J. Gérvas, B. Starfield and I. Heath, *Is clinical prevention better than cure?* (Lancet, 2008), 1997-1999.
- <sup>47</sup> J. Gérvas and M. Pérez Fernández, *Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria* (Gac Sanit, 2006), 66-71.
- <sup>48</sup> J. González de Dios and C. Ochoa Sangrador, *Ectasia piélica perinatal, efecto cascada y prevención cuaternaria* *Anales de Pediatría* (2005), vol. 63, numb. 1, 83-84.
- <sup>49</sup> M. Melo, "A prevenção quaternaria: contra excessos da medicina", *Rev Port Clín Geral* (2007) 23, 289-92.

<sup>50</sup> C.D. Tesser, *Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica*. *Interface – Comunic., Saúde, Educ, [S.l.]*, v. 10, n. 20, 347-62.

<sup>51</sup> L.M. Santiago, “UEMO position on Disease Mongering / Quaternary Prevention” (2008), Available at: <<http://www.uemo.eu/uemo-policy/123-uemo-position-on-disease-mongering--quaternary-prevention.html>>

<sup>52</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, “Normas e Manuais Técnicos”, *Cadernos de Atenção Primária*, Vol 29, 95p, (Brasilia: Ministério da Saúde, 2010), Available at: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf).

<sup>53</sup> T. Kuehlein, D. Sghedoni, G. Visentin, J. Gérvas and M. Jamouille, “Quaternary prevention: a task of the general practitioner”, *Primary Care* (2010).