

Implications éthiques, pédagogiques, sociopolitiques et anthropologiques de la prévention quaternaire

Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention

M. Jamouille¹, M. Roland², J.-M. Bae³, B. Heleno⁴, G. Visentin⁵, G. Gusso⁶, M. Godycki-Cwirko⁷, M. Pizzanelli⁸, P. Ouvrard⁹, R. La Vallev¹⁰, F. Gomes¹¹, D. Widmer¹², J. Bernstein¹³, M. Mariño¹⁴, H. Lima Wagner¹⁵ et I. Rossi¹⁶

¹Université de Liège (ULg), Belgique et Université Isalud, Buenos Aires, Argentine,

²Université libre de Bruxelles (ULB) et Président de Médecins du Monde,

³Département de médecine préventive. Université nationale de Jeju, Corée du Sud,

⁴Université Nouvelle de Lisbonne, USF das Conchas, Portugal,

⁵Centro Studi e Ricerche in Medicina generale, Milan, Italie,

⁶Département de Soins primaires, Université de São Paulo, Brésil,

⁷Faculté des Sciences Médicales, Université médicale de Lodz, Pologne,

⁸Département de Médecine familiale, Université de la République (UDELAR), Florida, Uruguay et Président du Groupe d'Intérêt spécial de la WONCA sur la Prévention quaternaire et la Surmédicalisation,

⁹Direction de la Recherche. Société de Formation et de Thérapeutique généraliste (SFTG), Paris, France et Vice-Président de l'Union européenne des Médecins généralistes (UEMO),

¹⁰Département de Médecine familiale, Université de Buenos Aires et Université nationale de Hurlingham, Argentine,

¹¹Faculté de Médecine, Université d'Algarve, Faro, Portugal,

¹²Département de Médecine familiale, Université de Lausanne, Suisse et Vice-Président de l'Union européenne des Médecins généralistes (UEMO),

¹³Président de la Commission de Prévention quaternaire de la Fédération argentine de Médecine générale et familiale (FAMFyG) et Président du Chapitre Prévention quaternaire de l'Association des Psychiatres d'Argentine, Buenos Aires, Argentine,

¹⁴Société argentine de Médecine Interne (SAMIG), Buenos Aires, Argentine,

¹⁵Précepteur du Programme de Résidence en Médecine familiale et communautaire au Secrétariat de la Santé de Curitiba, Brésil,

¹⁶Institut des Sciences sociales, Faculté des Sciences sociales et politiques, Université de Lausanne (UNIL), Suisse.

RESUME

Le concept de prévention quaternaire, issu d'une réflexion sur la relation médecin-patient, est présenté d'une part comme un renouvellement d'une exigence éthique séculaire ; d'abord ne pas nuire et d'autre part comme un plaidoyer pour un autocontrôle du médecin. L'origine du concept, son approbation par l'Organisation Mondiale des Médecins de Famille (WONCA) et l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO), sa diffusion et les débats auxquels il a donné lieu, sont présentés par un panel d'auteurs de 12 pays et trois continents. Ce texte collectif traite plus spécifiquement de l'éthique de la prévention, de l'importance de l'enseignement de la prévention quaternaire et de la médecine factuelle, des implications sociales et politiques du concept de prévention quaternaire et de ses dimensions anthropologiques.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 383-93

ABSTRACT

The concept of quaternary prevention, resulting from a reflection on the doctor-patient relationship, is presented as a renewal of the ageold ethical requirement: first, a doctor must not harm; second, the doctor must control himself/herself. The origin of the concept, its endorsement by the World Organization of Family Doctors (WONCA) and the European Union of General Practitioners (UEMO), its dissemination, and the debates to which it has given rise, are presented by a panel of authors from 12 countries and 3 continents. This collective text deals more specifically with the ethics of prevention, the importance of teaching Quaternary prevention and Evidence Based Medicine, the social and political implications of the concept of quaternary prevention, and its anthropological dimensions.

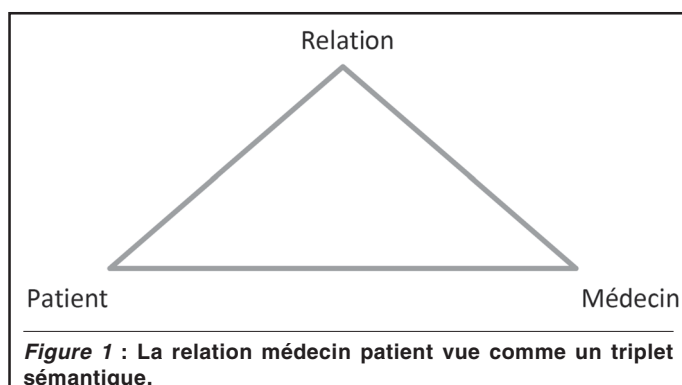
Rev Med Brux 2018 ; 39 : 383-93

Key words : quaternary prevention, evidence-based medicine, general practice

LES RELATIONS PATIENT-MEDECIN FACE AU DOUTE ET A L'INCERTITUDE DANS LA PRATIQUE MEDICALE

L'incertitude et la flèche du temps sont les clefs citées par Ilya Prigogyne qui permettent de faire face à l'absurdité du monde « *dans un univers probabiliste dans lequel différents possibles peuvent apparaître* »¹. Nous ferons dans ce texte un voyage entre incertitude et ligne du temps. Nous parlons de prévention clinique, soit d'une recherche de diminution de l'incertitude, au gré du temps, dans le cadre d'une relation de soins. La médecine est basée sur la relation patient-médecin. Sans relation, il n'y a pas de médecine, il n'y a que de la technologie.

Il est bon d'analyser la question du doute et de l'incertitude selon le triangle relationnel qui unit le Patient, le Médecin et la Relation (figure 1). Ces trois éléments forment ce qu'on appelle un triplet sémantique, triplet qui donne autant de valeur à la relation



qu'aux deux autres éléments et les fait réagir tous les trois à l'incertitude. Une approche anthropologique permet de saisir cette dimension. L'incertitude du point de vue du patient (P) est une incertitude existentielle, liée à la conscience de l'être et de la mort. L'incertitude du médecin (M), qui est aussi un humain et donc un patient, est celle du doute qui constitue la base de toute approche scientifique. Sans le doute il n'y a ni science, ni questions, ni médecine.

Nous voyons ainsi que la relation (R) est formée par la rencontre de deux points de vue épistémologiquement différents; la peur existentielle et le doute scientifique qui peuvent difficilement coïncider. C'est déjà un exercice difficile de communication entre P et M pour s'entendre sur le contenu de la relation R. Dans la théorie de la communication, nous dirons que le canal lui-même génère un bruit qui perturbe le message. Le fait même que le médecin soit aussi un être humain peut fortement perturber la relation². L'attention à l'incertitude du patient sera plus facilement exprimée si la véritable raison de consultation du patient est, dans une première démarche diagnostique, identifiée par le médecin. Le patient est souvent plus concerné par le pronostic de la douleur que par la douleur elle-même et l'identification du vrai problème du patient permet de mieux répondre à son incertitude.

Qu'en est-il de l'incertitude du médecin ? La réponse semble évidente comme l'indique l'acronyme EBM pour *Evidence-Based Medicine* ou médecine factuelle. Comme le soutiennent Davidof *et al.*, la médecine fondée sur des données probantes " *tente de combler le fossé en aidant les médecins à trouver*

l'information qui leur permettra d'assurer une prise en charge optimale pour leurs patients"³. Mais les situations où la médecine factuelle quantitative peut s'appliquer sont rares en médecine générale. Les données basées sur cette médecine sont souvent monopathologiques et technologiques et nous savons que le cœur du métier de médecin de famille est l'approche qualitative et narrative, la multimorbidité et les soins à la personne dans son contexte biopsychosocial⁴.

Avançons dans l'incertitude et la complexité, sur la ligne du temps, et donc dans le concept de prévention.

LE CONCEPT DE PREVENTION QUATERNAIRE : ORIGINE ET DIFFUSION

Les termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire ont été proposés par Leavell & Clark dans les années '50 à partir de l'étude des phases de la Syphilis et sont devenus un standard dans le monde de la santé publique⁵. Dans cette perspective, le patient est l'objet de procédures de soins le long de la ligne de temps. La maladie est au centre de l'organisation. Le terme prévention primaire est utilisé avant qu'un problème ne se pose. La place de la prévention secondaire n'est pas claire. Les cardiologues utilisent ce terme en tant que prévention après un événement, ce qui est en réalité la prévention tertiaire. Cette vision

chronologique a incité Bury⁶ à utiliser le concept de prévention quaternaire pour définir les soins palliatifs⁷.

Nous avons proposé une vision relationnelle de la prévention⁸⁻¹⁰. Notre modèle, conçu en 1986, est construit sur un tableau à double entrée. La prévention y est résultante des relations entre patient et médecin au long du temps. Le croisement entre science et conscience délimite quatre nébuleuses^{9,11} traduisant la limite floue entre santé et maladie. Cependant, dans la pratique au jour le jour, la distinction est utilisée et on représente quatre domaines d'activité. La ligne du temps y traverse la table en oblique. Patients et médecins se retrouvent à la fin et meurent ensemble (point Ω) (figure 2)⁸.

Ces quatre domaines d'activité forment le cœur de la médecine de famille. Si le patient bien portant se fait vacciner, on est en prévention primaire (vrais négatifs). Si le médecin mise sur la maladie et propose un dépistage, on est en prévention secondaire (faux négatifs). Si le médecin objective une maladie et que le patient admet qu'il est malade, on est en médecine curative et il faut éviter les effets secondaires, les complications et commencer la réadaptation, c'est la prévention tertiaire (vrais positifs). Si le patient présente des symptômes et que le médecin n'arrive pas à objectiver une maladie, on ne peut pas nommer le mal et donc il n'existe pas. Ce mal ne trouve pas sa place comme construction sociale¹² (faux positifs).

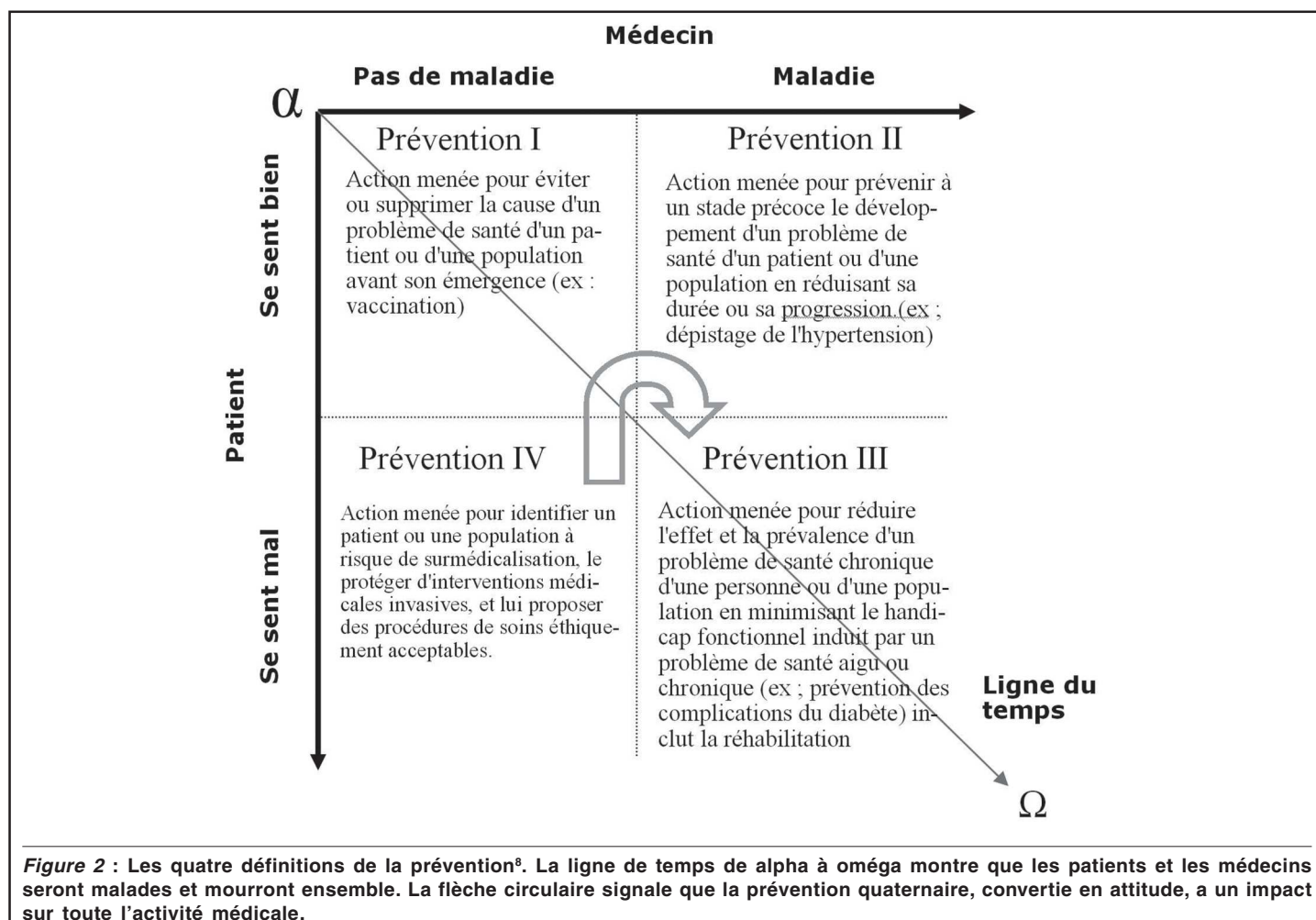


Figure 2 : Les quatre définitions de la prévention⁸. La ligne de temps de alpha à oméga montre que les patients et les médecins seront malades et mourront ensemble. La flèche circulaire signale que la prévention quaternaire, convertie en attitude, a un impact sur toute l'activité médicale.

Mettre en place une stratégie qui rencontre cette négation de l'être s'appelle prévention quaternaire. Ces patients sont souvent réputés difficiles et leur passé est souvent lourd de violence et d'angoisse. Ils sont souvent renvoyés vers le psychiatre. Les symptômes sont parfois le miroir de leur vie¹³. Mais il n'y a rien de pire pour un patient que d'être réputé porteur de rien. Nous parlons bien sûr aussi des erreurs diagnostiques qui confinent un patient au diagnostic de fibromyalgie jusqu'au jour où on met en évidence une spondyloarthrite ankylosante.

La prévention quaternaire est plus qu'une activité factuelle. Elle recouvre la surmédicalisation, la surinformation, le surdépistage, le surdiagnostic, le surtraitement ainsi que les traitements évitables, la protection du patient et plus généralement les limites des soins médicaux. Implicite, les patients et les populations privées de soins font partie de ce domaine qui couvre aussi la sous-médicalisation. La prévention quaternaire remet en question également ces diagnostics étranges comme " *no disease disease - symptômes médicalement inexpliqués - worried well - heartsink ou hateful patients - syndromes somatiques fonctionnels - troubles somatoformes - comportement malade anormal* " (liste non limitative). Un poster traduit en plusieurs langues est disponible sur le site du WONCA International Classification Committee (WICC, www.ph3c.org/P4). Il montre le cheminement du concept, sa publication par la WONCA en 2003⁸ et son approbation en 2011 par l'Union européenne des Médecins Généralistes (UEMO)¹⁴.

Après sa présentation au congrès des 25 ans du Système national de Santé unifié brésilien (SUS) en 2008, la prévention quaternaire s'est répandue dans toute l'Amérique latine¹⁵. Elle s'est aussi échappée de la table à double entrée et, s'appliquant à tous les domaines d'actions de la médecine (comme le montre la flèche circulaire de la figure 2), elle est devenue une attitude, une pensée à propos de l'agir du médecin lui-même dans une relation marquée par la dépendance et la détresse.

La prévention quaternaire est un impératif éthique d'autocontrôle, un renouvellement du motto " *primum non nocere* ". Le mouvement des jeunes médecins sudaméricains et leur intérêt pour le concept est en grande partie une réponse à la marchandisation extrêmement agressive de la santé par l'industrie. Au côté de la surmédicalisation quasi intrinsèque à l'exercice de la médecine, décrite comme iatrogénie positive par Foucault¹⁶, il y a la surmédicalisation due à une marchandisation à outrance des produits de santé¹⁷. En particulier les marchés de l'Alzheimer, de la Ritaline ou de l'Hydroxycodone se comptent en milliards de dollars. Le lobbying intensif des sociétés de vaccins et l'obligation légale de certaines pratiques préventives comme en Uruguay ou en France posent question. Protéger le patient contre ces marchés est devenu une obligation pour le médecin.

La médecine factuelle (EBM) est un outil

fondamental pour décider de la bonne attitude -en particulier en pharmacothérapie- et le mouvement EBM s'est emparé de la prévention quaternaire et en a proposé récemment une vision opératoire : " *mesures prises pour protéger les individus (personnes/patients) des interventions médicales susceptibles de causer plus de mal que de bien* " ¹⁸. La médecine factuelle offre aussi le moyen de prendre en compte la prévention quaternaire au niveau de l'organisation des soins de santé. On citera ici l'exemple de la Pologne où le système de santé repose sur l'assurance maladie obligatoire. Les médecins sont payés au prorata du nombre de patients inscrits sur leur liste et ont l'obligation de fournir services curatifs et préventifs¹⁹. Parmi les 14 interventions préventives analysées prescrites par le règlement, 6 ne reposent pas sur des données probantes et la médecine factuelle propose une gamme d'interventions différentes de celles proposées dans le règlement²⁰. Comme nous le soulignons plus loin, cet exemple suggère que le choix judicieux des interventions préventives par l'autorité politique fait partie intégrante de la prévention quaternaire, bien au-delà de la clinique.

Bien que lente, la diffusion du concept a été étonnante. Il est traduit dans presque toutes les langues européennes et quelques langues asiatiques. Après la publication d'un manifeste à la conférence de l'Organisation mondiale de la Médecine de Famille (WONCA) à Rio de Janeiro en décembre 2016²¹, un groupe d'intérêt spécial a été créé²². Le concept fait maintenant partie de l'enseignement de base de la médecine de famille. Nous verrons que la table à double entrée est particulièrement efficace pour l'enseignement de la prévention²³. Cette réflexion sur la relation médecin-patient met en lumière les préoccupations de nombreux médecins de famille dans le monde. La prévention quaternaire est devenue un mouvement de pensée traversé par de nombreux courants complémentaires²⁴⁻²⁷. Grâce aux congrès de médecine familiale et aux outils informatiques (sites internet, listes de diffusion, listes WhatsApp dans de nombreux pays), les échanges sont intenses. De nombreux cours en ligne et présentations ont été organisés, des documents ont été publiés et plusieurs adaptations du concept ont été proposées (tableau 1).

Le présent article est l'aboutissement des réflexions de nombreux collègues internationaux. Les quatre groupes de coauteurs discutent ci-après de l'importance de la prévention quaternaire en éthique, de l'enseignement du concept, des aspects anthropologiques qu'il sous-tend et enfin des aspects sociopolitiques qu'il implique.

PREVENTION QUATERNAIRE ET ETHIQUE MEDICALE

La définition de la prévention quaternaire reproduite à la figure 2 se termine par les mots " *éthiquement acceptables* ". Ces derniers mots signifient que l'objectif final de la prévention quaternaire serait de conduire les pratiques cliniques selon des principes

Tableau 1 : Accès en ligne aux concepts de Prévention Quaternaire pour l'enseignement et la recherche bibliographique en plusieurs langues.

Langues	Types	Objectif	Lien Internet
Anglais, Français, Turc, Espagnol, Portugais, Coréen, Italien, Vietnamiens, Polonais, Néerlandais, Géorgien, Ukrainien	Descripteurs HeTOP.eu	Enseignement et recherche bibliographique	D2IM Rouen, France www.hetop.eu/3CGP
Espagnol, Portugais, Anglais, Français	Descripteurs DeCS	Recherche bibliographique	PAHO-WHO Sao Paulo, Brazil http://decs.bvs.br
Chinois, Thaïlandais, Vietnamiens, Français, Espagnol, Portugais, Néerlandais, Anglais	Posters sur le site du WICC	Enseignement	WICC WONCA http://www.ph3c.org/P4
Anglais, Espagnol, Français	Prévention quaternaire (QP) Bibliothèque et ressources	QP Référentiel de ressources	QP SIG WONCA https://goo.gl/oy1gFZ

bioéthiques^{28,29}. Quatre principes d'éthique médicale : la non-malfaisance, la bienfaisance, le respect de l'autonomie et la justice ont été suggérés par le rapport Belmont³⁰ en 1979 et Gillon³¹ en 1994.

- Tout d'abord, la prévention quaternaire privilégie le principe de **non-malfaisance** (*primum non nocere*)³² en évitant la surmédicalisation^{10,33-35}. Les cliniciens ont en effet l'obligation éthique de protéger les patients contre des dommages potentiels³⁶. Les médecins généralistes et de famille (MG/MF) jouent un rôle important pour prévenir l'effet cascade de prestations médicales inutiles^{24,37}. De ce fait l'implémentation de la prévention quaternaire est intrinsèque à la responsabilité professionnelle³⁸ ;
- Deuxièmement, la **bienfaisance** implique un bénéfice médical net au profit des patients³¹. Pour ce faire, les MG/MF doivent adopter une pratique fondée sur des données probantes en évaluant les probabilités des avantages et inconvénients^{29,39}. Sackett⁴⁰ a redéfini la médecine factuelle (EBM) comme " *l'intégration des meilleures données de recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients* ". Les MG/MF doivent accepter la médecine fondée sur la valeur (*Value Based Medicine - VBM*)⁴¹. La définition de la VBM par Brown, Brown et Sharma⁴² est " *pratique de la médecine incorporant le plus haut niveau de données factuelles à la valeur perçue par le patient du fait des interventions de soins de santé pour les ressources dépensées* " ;
- Troisièmement, le **respect de l'autonomie** met l'accent sur la participation des patients à la prise de décision clinique³¹. Pour ce faire, le concept de " *Prise de Décision Partagée (PDP)* " a été souligné³². En particulier, la PDP rendrait les patients autonomes, ce qui est un objectif de la prévention quaternaire⁴³. Charles *et al.* décrivent la PDP comme " *un moyen de réduire l'asymétrie informationnelle et de pouvoir entre les médecins et les patients* " ⁴⁴. Ce qui corrobore la proposition de Widmer⁴⁵ qui donne la prévention quaternaire comme " *une médecine fondée sur les relations* ". En outre, la PDP pourrait aider à surmonter un processus défensif causé par l'incertitude inéluctable dans le processus décisionnel^{46,47}, de sorte que les surdiagnostic et surtraitement futiles pourraient être

évités⁴⁸. Pour une bonne communication en milieu clinique, le MG/MF devrait envisager d'appliquer activement certains outils d'aide à la décision⁴⁹ ;

- Enfin, selon Gillon³¹ la **justice distributive** signifie répartir équitablement les ressources limitées en matière de soins de santé. Ainsi, l'effort de prévention de la surmédicalisation de la prévention quaternaire suit non seulement le principe de non-malfaisance mais aussi l'obligation de justice en permettant la réduction du gaspillage des ressources⁴⁵. Veiller à la pertinence des soins individuels et à établir des priorités sociales permettrait de réduire l'inefficacité des services médicaux^{50,51}.

La mise en œuvre de la prévention quaternaire suit donc les 4 grands principes de l'éthique médicale. Kalra, Baruah et Sahay⁵² ont suggéré trois objectifs : la prévention de la surmédicalisation, la protection contre l'invasion médicale et la mise en œuvre d'interventions éthiquement acceptables. Pour atteindre ces objectifs et " *être éthiquement acceptable* ", le MG/MF devrait être formé professionnellement à la médecine fondée sur les preuves (EBM), à la médecine fondée sur la valeur (VBM), à la prise de décision partagée (PDP) et la pertinence des soins.

ENSEIGNER LA PREVENTION QUATERNAIRE

Pourquoi la prévention quaternaire devrait-elle être enseignée ?

Trois arguments majeurs nous incitent à proposer d'inclure le sujet de la prévention quaternaire dans les programmes de formation des professionnels de santé :

- La première découle de ce qui a été discuté dans la section précédente. Les professionnels de santé doivent apprendre à se comporter de façon éthique. La prévention quaternaire est corollaire aux quatre grands principes de l'éthique médicale. Ceci implique que les professionnels de la santé devraient apprendre à la pratiquer ;
- Le deuxième argument est épidémiologique. Les dommages non prévus, causés par les soins de santé, sont courants et, dans certains cas, peuvent avoir des conséquences très graves sur la morbidité

et la mortalité. Les programmes de premier cycle et de deuxième cycle axés sur la prévention quaternaire devraient donc inclure l'enseignement des principaux facteurs, mécanismes et interventions visant à réduire les dommages liés aux soins de santé ;

- Le troisième argument est l'ouverture à la pensée critique. Dans notre expérience, l'enseignement de la prévention quaternaire donne aux étudiants une perspective différente sur la pratique de la santé, surtout quand les curricula sont fondés sur un modèle biomédical. L'enseignement de la prévention quaternaire illustre que les forces psychologiques, sociales, politiques et économiques influencent la pratique de la santé.

Quels sujets devraient être inclus?

L'enseignement de la prévention quaternaire est un domaine complexe nécessitant l'intégration de concepts tels que l'épidémiologie, les sciences sociales, l'éthique, la communication, la relation médecin-patient, la prise de décision partagée et d'autres concepts actuels à la base de la MG/MF. L'approche biopsychosociale, les points de vue macro et micro de différents domaines tels que l'économie, l'organisation des services de santé et les politiques d'incorporation technologique font partie intégrante de la prévention quaternaire. De la même manière, les professionnels de la santé et les patients doivent s'impliquer²¹.

Après avoir vu la figure 2, les étudiants peuvent par exemple discuter des raisons pour lesquelles certaines personnes se vivent malades sans avoir une maladie définie. Les étudiants peuvent aussi analyser les systèmes comme l'exemple polonais décrit ci-dessus où les politiciens dictent des interventions préventives obligatoires, dont beaucoup ne sont pas appuyées par des preuves solides^{19,20,53}. Un dernier exemple serait de discuter des conséquences de l'abaissement progressif des seuils d'hypertension en termes du nombre de personnes à qui est offert un traitement pharmacologique.

L'enseignement devrait également porter

attention à l'application de la prévention quaternaire à différents niveaux organisationnels : la relation patient-médecin (micro), l'éducation sanitaire et la formation médicale continue (méso) et au niveau de la société (macro). Le tableau 2 utilisé récemment dans un cours de formation du programme de résidence familiale et communautaire en Argentine⁵⁴ montre la complexité du processus d'apprentissage-enseignement qui applique la prévention quaternaire aux programmes d'études.

En dépit de cette complexité, un travail important a déjà été fait sur l'inclusion de la prévention quaternaire dans l'agenda académique. Des experts de plusieurs pays ibéro-américains ont émis une série de recommandations sur l'enseignement et l'apprentissage²³. Les stagiaires de premier et de deuxième cycle devraient apprendre comment évaluer de façon critique la littérature, comment gérer les dilemmes éthiques, comment communiquer efficacement avec les patients et comment promouvoir les soins centrés sur le patient et la prise de décision partagée. Les universités et les programmes de résidence devraient faire de la prévention quaternaire un sujet de formation médicale pré- et postuniversitaire ; former des professeurs de médecine à la prévention quaternaire, soutenir les résidents qui veulent faire de la recherche sur celle-ci et l'inclure dans les examens de prégraduation ainsi que de premier et deuxième cycle.

Comme indiqué dans l'introduction, la prévention quaternaire est basée sur la relation. Cependant, l'absence de relations durables et significatives avec les patients, les superviseurs, les pairs et les collègues interprofessionnels, causée par la structure actuelle de l'éducation médicale dans certains pays, entraîne une faible capacité à établir des relations à l'avenir. Les étudiants et les résidents devraient développer des relations avec les patients et les membres de l'équipe pour permettre la rétroaction. Dans une étude qualitative, les résidents ont décrit comment les transitions fréquentes d'un service à l'autre nuisaient à leur capacité de créer des relations avec les patients⁵⁵. En formation longitudinale intégrée, les étudiants ont l'occasion de développer des relations d'une année avec les professeurs et les patients. Hirsch *et al.*⁵⁶ ont

Tableau 2 : Enseignement de la Prévention Quaternaire selon les niveaux d'organisation (adapté de M. Pizzanelli).

Champs	Ethique	Enseignement	Recherche	Politique de santé
Micro(Individu)	- Communication empathique - Self control - Prise de décision médicale partagée	- Habilité à la lecture critique - Refus des influences du marché	- Protocole de self observation - Consultation comme recherche qualitative	- Développer une conscience sociologique
Méso (groupe)	- Échange d'information précise avec le groupe - Maîtriser la communication au niveau du groupe	- Médecine factuelle - Santé communautaire - Globalite	- Protocole de contrôle d'erreur - Implémentation de la boucle de qualité	- Supporter un politique d'intégration des soins - Réseau axé sur les relations des patients
Macro(société)	- Promotion de programme horizontaux et de la longitudinalité - Contrôle du respect des règles de confidentialité	- Fournir les outils et bases de données nécessaires - Former les acteurs	- Incitation à une recherche centrée sur les personnes - Prendre en compte le résultat des recherches	- Définir une politique de santé centrée sur le patient - Protéger les acteurs de santé contre l'agression du marché

démontré que les étudiants perçoivent leurs relations avec les patients comme ayant un impact réel sur le bien-être de ces derniers, plus que dans un groupe de comparaison. Les élèves ont également obtenu de meilleurs scores d'empathie à la fin du programme de formation longitudinale intégrée, que les élèves qui suivent un programme traditionnel.

Quels résultats peut-on attendre de l'enseignement de la prévention quaternaire ?

Peu d'études publiées évaluent l'impact de l'enseignement de la prévention quaternaire. Nous avons trouvé une étude d'intervention menée auprès d'étudiants en médecine de 5^e année de l'Université Pham Ngoc Thach (Hochiminh, Vietnam)⁵⁵. Il a été demandé aux étudiants d'énumérer leurs interventions éventuelles en fonction de trois scénarios cliniques simulés différents avant et après l'intervention de formation aux principes de la prévention quaternaire. Malgré la brièveté de l'intervention, l'enquête a montré des changements dans l'attitude des étudiants quant aux décisions cliniques. Cela signifie que le cadre de la prévention quaternaire pourrait changer le raisonnement clinique et les décisions des étudiants en médecine²³.

L'introduction du cadre de raisonnement à la prévention quaternaire pourrait stimuler les étudiants en médecine dans un processus de raisonnement holistique (*whole person care*), qui est l'un des principes de la médecine familiale. Les élèves pourraient également devenir des chercheurs plus autonomes par l'acquisition de compétences cognitives leur permettant d'analyser les informations pertinentes sur les interventions médicales en fonction des besoins des patients. Ces résultats de l'étude suggèrent un changement de comportement positif dans le processus de prise de décision des élèves²³.

En résumé, il existe des arguments théoriques solides pour inclure la prévention quaternaire dans un curriculum renouvelé et centré sur le premier et le deuxième cycle.

DIMENSIONS ANTHROPOLOGIQUES DE LA PREVENTION QUATERNAIRE

A l'origine, la prévention quaternaire propose une première réponse à la surmédicalisation par une attention accrue aux dimensions psychologiques⁵⁷ et sociales de la santé⁵⁸, selon le modèle bio-psycho-social⁵⁹. Il est devenu évident que la surmédicalisation peut affecter tous les domaines de la médecine (les préventions primaire, secondaire et tertiaire sont également impliquées)¹⁸.

L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) est l'instrument essentiel pour évaluer une technologie médicale. Nous utilisons ici le terme technologie de la santé au sens large de la Commission Européenne⁶⁰ comme " *comprenant des médicaments, un dispositif médical ou des procédures médicales et chirurgicales*

ainsi que des mesures de prévention, de diagnostic ou de traitement des maladies ". Toutes les technologies médicales peuvent être le plus souvent soumises à des procédures EBM, nécessaires pour évaluer leur utilité ou leur danger. .

Est-ce que toute l'activité médicale peut être réduite à une technologie de la santé soumise à des évaluations fondées sur des données probantes ? Sackett *et al.*⁶¹ ont admis que l'expertise clinique était fondamentale à côté des meilleures preuves cliniques. Nous savons que les omnipraticiens ne peuvent pas appliquer à chaque fois et partout les meilleures preuves cliniques, mais que les résultats du traitement en médecine générale sont meilleurs que ceux de la somme des spécialistes appliquant séparément la preuve de leur propre domaine. Ce fait est connu sous le nom de " *paradoxe des soins primaires* " ⁶², confirmant l'importance de l'expertise clinique, pondérant les preuves pour chaque situation clinique, psychologique et sociale. Certaines voix ont appelé à ne pas réduire les preuves à la prédominance des mesures et des essais contrôlés randomisés, mais à intégrer la recherche qualitative dans le processus, méthode mixte devenant un nouveau modèle pour la recherche scientifique en médecine^{4,63}

L'anthropologie sociale et culturelle s'intéressant à la médecine et à la santé partage, par son approche ethnographique rigoureuse⁶⁴ -incluant notamment les observations participantes, les entretiens, les groupes de discussion, ainsi que ses concepts et ses théories-, une lecture critique dans différents domaines contribuant à la prévention quaternaire par :

- un intérêt pour la pratique clinique, à considérer comme un espace social confronté à un ensemble de normes et de valeurs, de modèles sociaux et professionnels, ainsi qu'à des implications politiques et économiques⁶⁵ ;
- un inventaire de l'expérience clinique. Comment les généralistes font-ils vraiment pour éviter la surmédicalisation? Comment décident-ils dans l'incertitude ?^{2,66} Comment utilisent-ils les nouvelles technologies ?
- des enquêtes anthropologiques ciblées sur des populations spécifiques, par exemple les migrants, ou encore dans des régions géographiques, les zones rurales reculées, investiguant les représentations et les comportements des patients, les parcours de soins⁶⁷, les priorités individuelles et communautaires, l'organisation des structures de soins et la disponibilité de solutions culturelles simples et efficaces⁶⁸. L'approche qualitative et l'analyse ethnographique peuvent aussi être un mode d'évaluation des pratiques, prenant en compte les barrières, les approches inappropriées et le point de vue des personnes ;
- un intérêt pour les discussions politiques sur la réglementation et l'évaluation des technologies de la santé afin de comprendre les façons de prendre des décisions, le rôle des intervenants et les facteurs contribuant à l'évaluation, autres que les données probantes, comme les questions éthiques ou

sociopolitiques. L'approche de la prévention quaternaire semble particulièrement importante dans un contexte où les technologies de la santé sont développées et disponibles ;

- un intérêt pour la santé mondiale, avec l'objectif de tisser des liens entre sociétés, innovations sanitaires et administration des soins, pour analyser les transformations de la santé dans les interconnexions entre global et local, entre universalité de la médecine scientifique et contexte social et culturel de sa mise en œuvre. Cette posture doit se faire d'autant plus critique que les mutations contemporaines amenées par la globalisation de la médecine scientifique constituent souvent un processus asymétrique, inégal et différencié, tant sur la mise en œuvre des programmes qu'au plan de la circulation des modèles⁶⁹.

A cet égard, et dans un contexte de prévention quaternaire, l'approche anthropologique analyse notamment les enjeux éthiques de la clinique, selon différents dimensions et registres de lecture : santé globale, politiques nationales, cultures d'entreprise, pratiques cliniques et de soins, expériences des patients.

IMPLICATION SOCIOPOLITIQUE DE LA PREVENTION QUATERNAIRE

La médecine familiale se veut une réponse à des soins médicaux devenus fragmentés, dépersonnalisés et discontinus. Le concept de prévention quaternaire remet en question les idéaux positivistes de la modernité qui soutiennent que la science et le progrès de la société sont constants et toujours pour le mieux. Cette conception nous renvoie à l'idée d'iatrogénie positive déjà évoquée plus haut en nous rappelant que la médecine a acquis la capacité de nuire en raison de son exercice correct et non seulement par manque de compétence ou par ignorance¹⁶. La prévention quaternaire s'éloigne de la conception que la modernité se fait de la science, qui ne concernerait que la connaissance et non l'éthique, les influences politiques et économiques. La prévention quaternaire remet ainsi en question les insuffisances du modèle médical hégémonique décrit par Menendez⁷⁰.

La médecine est en crise depuis longtemps. L'insatisfaction grandissante de la population et des professionnels est un signe de l'insuffisance des réponses offertes par le modèle en place. Les soins médicaux sont fragmentés, dépersonnalisés et discontinus, avec des coûts croissants, avec un festival de technologies et de molécules d'utilité douteuse. Un sentiment d'impuissance règne, avec une faible valorisation des tâches pratiques (par rapport aux moyens techniques). Les conflits entre les patients et l'équipe soignante s'accroissent, entraînant une attitude défensive des médecins envers les patients ainsi qu'une augmentation inquiétante de la judiciarisation. Pour conséquence aussi la prolifération des médecines alternatives, des chamanes, des solutions magiques et des charlatans que les gens fréquentent en même

temps que la médecine officielle dans une sorte de syncrétisme utilitaire qui montre le manque de confiance dans le modèle.

La santé est un droit fondamental de l'être humain : nombreux sont les systèmes de santé et les gouvernements qui ne le garantissent pas. En conséquence, une réforme des systèmes de santé est exigée depuis longtemps. Toutefois les tentatives de changement ont été basées sur des idées économiques limitées au secteur de la santé, de sorte qu'elles n'ont pas réussi à atteindre l'équité, l'accessibilité et la justice nécessaires et, dans de nombreux cas, ces réformes n'ont fait qu'aggraver la situation.

Toute réforme d'un système de santé doit être initiée d'un point de vue éthique, avec des principes politiques clairement formulés et doit inclure la Société dans son ensemble pour parvenir à un changement durable. Toute réforme d'un système de santé doit prendre en compte et intégrer les aspects politiques et économiques inhérents au domaine de la santé.

La prévention quaternaire a commencé comme une réponse aux excès de la médicalisation, à la promotion des maladies (*disease mongering*), à la transformation des facteurs de risque en maladies, au surdiagnostic, etc. Cette quête était scientifique mais, après trente ans, nous voyons que ces arguments, bien que solides et nécessaires, ne suffisent pas car la nature du différend est d'un autre ordre, elle est économique et politique.

La prévention quaternaire a fait comprendre que les causes profondes de cette crise dépassent de loin les limites de la médecine, et que le problème inclut les points de vue éthiques, politiques, économiques et conceptuels de la science et de la médecine. C'est pour cette raison que la définition de la prévention quaternaire a dépassé la définition initiale centrée sur une vision biomédicale. La prévention quaternaire a fait comprendre qu'un nouveau modèle de médecine et un nouveau pacte avec la société sont nécessaires.

La prévention quaternaire est un mouvement qui favorise un changement dans la façon d'être et de pratiquer la médecine en commençant par les aspects éthiques et philosophiques afin de protéger les patients et les membres de l'équipe de santé contre les excès de la médicalisation et le désir excessif de certains acteurs.

En ce sens, dans la Déclaration de Rio²¹, nous avons postulé un modèle caractérisé par :

- L'inclusivité ;
- Une vision non réductionniste, intégrale et intégrée ;
- Une tolérance à l'incertitude ;
- Une considération pour les dimensions humaines, sociales et politiques ;
- Une dénonciation de la normalisation de la faim, l'exclusion, la manipulation, l'inégalité, la violence, le racisme ou l'exploitation, qui portent atteinte à la santé plus que les maladies. La prévention

quaternaire est un mouvement²⁶ qui cherche à refonder les valeurs éthiques de la médecine pour qu'elle devienne une activité pour les humains exercée par les humains et au contact de la vie.

La prévention quaternaire ne vise pas la certitude, il n'y a pas de point d'arrivée sûre, il n'y a pas de route prédéterminée, il n'y a pas de garanties... la seule chose que nous savons c'est que nous construisons des utopies.

Conflits d'intérêt : néant.

Contributions

Ce document a été discuté et approuvé par tous les auteurs. La supervision de l'écriture a été assurée par M. Jamouille, Belgique (concept), J.-M. Bae, Corée du Sud (aspects bioéthiques), M. Pizzanelli, Uruguay, M. Mariaño, Argentine et B. Heleno, Portugal (enseignement), R. La Valle, Argentine (implications sociopolitiques) et P. Ouvrard, France, I. Rossi et D. Widmer, Suisse (aspects anthropologiques).

BIBLIOGRAPHIE

1. Lévy E. (Consulté le 20/05/18). Ilya Prigogine: " L'incertitude, c'est la vie " [Internet]. <http://www.lepoint.fr/actualites-chroniques/2007-01-20/ilya-prigogine-l-incertitude-c-est-la-vie/989/0/60025> .
2. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008;26(1):67-91.
3. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ*. 1995;310(6987):1085-6.
4. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine : a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725.
5. Clark EG. Natural history of syphilis and levels of prevention. *Br J Vener Dis*. 1954;30(4):191.
6. Bury J. Education pour la santé : concepts enjeux planifications. Mont-Saint-Guibert : De Boeck;1988.
7. Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Quaternary prevention: a new look at an old challenge *Isr Med Assoc J*. 2000;2:498-500.
8. Bentzen N. WONCA Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen: Maanedsskr;2003.
9. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. In *Les informa-g-iciens*. Pr.Univ. de Namur.1986 193-209 <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/170822>
10. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-4.
11. Hellstrom OW. Health promotion in general practice. *Eur J Public Health*. 1994;4:119-24.
12. Sadegh-Zadeh K. Anamnesis and diagnosis. In: Sadegh-Zadeh K, editor. *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer;2015:363.
13. Carpentier J. Medical Flipper. *Cahiers libres*, 402. 1989:154.
14. UEMO. (Consulté le 20/05/18). UEMO position on Disease Mongering / Quaternary Prevention 2008 <http://www.uemo.eu/2011/02/08/uemo-position-on-disease-mongeringquaternary-prevention/>
15. Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Mangin D, Pezeshki M, Pizzanelli B, eds. *Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice*. Prague:WONCA World; 2013. <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf>
16. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. 1974. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018;44:172-83.
17. Brownlee S. *Overtreated: Why too much medicine is making us sicker and poorer*: New York: Bloomsbury; 2007.
18. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. *Eur J Gen Pract*.2018;24(1):106-11.
19. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domanski F, Czyzewski M et al. Poland health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(8):1-193.
20. Godycki-Cwirko M, Krawczyk J, Tomiak E, Osiecka R, Mazurek L, Ludwikow G et al. Czasochlonnosc profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej [Time requirements for prevention in primary health care]. *Probl Med Rodz*. 2009;1(26):23-7.
21. Wonca Special Interest Group on Quaternary Prevention and Overmedicalisation. (Consulté le 20/05/18). Manifeste; La Prévention quaternaire, présent et futur Proclamation de Rio de Janeiro - Déc.2016 <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000449/0000842.pdf>.
22. WONCA Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalization 2017 (Consulté le 20/05/18). [Internet]: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>.
23. Gomes LF, Gusso G, Jamouille M. Teaching and learning quaternary prevention. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-14.
24. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care—A qualitative study with general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):99.
25. Franken G. Prävention und Demenz Eine Begriffsklärung Literaturstudie. Witten: Universität Witten/ Herdecke (Arbeitspapier des DZD, 12). Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), Witten ; 2016.
26. La Valle RA. Prevención Cuaternaria o la Medicina sin corbata. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2015;12(2):5-6.
27. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS*. 2014;122(8):683-9.
28. Martínez CG, Riaño IG, Sánchez MJ, de Dios González J, editors. *Quaternary prevention: Containment as an ethical necessity*. An Pediatr (Barc); 2014.
29. Tesser CD. Why is quaternary prevention important in prevention? *Rev Saude Publica*. 2017;51:116.
30. Department of Health E. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent*. 2014;81(3):4.
31. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184.
32. Bae JM. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. *Epidemiol Health*. 2017;39.

33. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere*—above all, do no harm! *J Clin Pharmacol*. 2005;45(4):371-7.
34. Visentin G. The difficult choice of "not doing": comment on «Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization». *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(8):559.
35. Bae JM, Jamouille M. Primary care physicians' action plans for responding to results of screening tests based on the concept of quaternary prevention. *J Prev Med Public Health*. 2016;49(6):343.
36. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*. 2008;372(9654):1997-9.
37. Deyo RA. Cascade effects of medical technology. *Annu Rev Public Health*. 2002;23(1):23-44.
38. Medicine AFABol. ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-6.
39. Bae JM. Suggestions for the promotion of evidence-based public health in South Korea. *Epidemiol Health*. 2017;39:e2017030.
40. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based Medicine - How to practice and teach EBM*. New-York: Churchill Livingstone;1997.
41. Bae JM. Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiol Health*. 2015;37:e2015014.
42. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Health care economic analyses. *Retina*. 2004;24(1):139-46.
43. Jamouille M. A Comment on "Quaternary Prevention in Public Health" by Dr. Jong-Myon Bae. *J Prev Med Public Health*. 2016;49(2):139-40.
44. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44(5):681-92.
45. Widmer D. Care and do not harm: Possible misunderstandings with quaternary prevention (P4): comment on «Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization». *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(8):561.
46. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: Role of patient-centred care and evidence-based medicine. *Can Fam Physician*. 2014;60(5):409-12.
47. Malin JL. Wrestling with the high price of cancer care: should we control costs by individuals' ability to pay or society's willingness to pay? *J Clin Oncol*. 2010;28(20):3212-4.
48. Swanson JW, Van McCrary S. Medical futility decisions and physicians' legal defensiveness: the impact of anticipated conflict on thresholds for end-of-life treatment. *Soc Sci Med*. 1996;42(1):125-32.
49. Bae JM. Development and application of patient decision aids. *Epidemiol Health*. 2015;37:e2015018.
50. Bae JM. Strategies for Appropriate Patient-centered Care to Decrease the Nationwide Cost of Cancers in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2017;50(4):217.
51. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580-3.
52. Kalra S, Baruah MP, Sahay R. Quaternary prevention in thyroidology. *Thyroid Research and Practice*. 2014;11(2):43-44.
53. Godycki-Cwirko M, Tomiak E, Wrzeciono B, Lukas W. Zakres profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej [Scope of prevention in primary care]. *Problemy Medycyny Rodzinnej*. 2009;11(1):15-22.
54. Bentaberry M, Bernstein J, Jamouille M, La Valle R, Mariño MA, Piñero A *et al*. (Consulté le 20/05/18). Curso Introductorio a la Práctica de la Prevención Cuaternaria (P4) SUMEFAC & FAMFyG 2017 [Internet] [http://www.famg.org.ar/archivos/Version-Imprimible-Curso-Introduccion-a-la-Practica-de-la%20-Prevencion-Cuaternaria%20\(P4\).pdf](http://www.famg.org.ar/archivos/Version-Imprimible-Curso-Introduccion-a-la-Practica-de-la%20-Prevencion-Cuaternaria%20(P4).pdf).
55. Tran THV, Vo TL. Impact of quaternary prevention as a brief intervention in medical students' clinical decisions: experience from Vietnam. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10:1-8.
56. Hirsch CD, Barlem ELD, Barlem JGT, Dalmolin GdL, Pereira LA, Ferreira AG. Cross-cultural adaptation and validation of the Nursing Student Satisfaction Scale for use with Brazilian nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2776.
57. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*. 1955;265(6866):683-8.
58. Illich I. *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York:Pantheon Books; 1976.
59. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
60. European Commission. Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU Brussels:European commission;2018.
61. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
62. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):293-9.
63. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:29-45.
64. Olivier de Sardan JP. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve:Academia-Bruylant;2008.
65. Rossi I. La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? In: Sutton LHM, Torres A, Hernández I, editors. *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Mexico: Editorial El Manual Moderno; 2017:38-57.
66. Toon P. *Books: Mapping Uncertainty in Medicine: What to Do When You Don't Know What to Do: Mapping the Terrain*. *Br J Gen Pract*. 2016;66(652):576.
67. Kumar NS. Health situation of scheduled castes in Bolpur-Sriniketan. *Anthropological Survey of India*. Kolkata:Ministry of Culture;2011.
68. Chaudhuri B. *Health for All: Looking for an Alternative Approach*. Dr Ambedkar Chair in Anthropology. Department of Anthropology, Calcutta University; 2008.
69. Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basílico M. *Reimagining global health: an introduction*. Oakland:Univ of California Press;2013.
70. Menendez EL. *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. Salud colectiva. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús;2005(1):9-32..

Correspondance :

M. JAMOULLE
Espace Temps Maison de Santé
Rue du Calvaire, 98
6060 Gilly
E-mail (contact) : miguel.pizzanelli@gmail.com

Travail reçu le 29 mai 2018 ; accepté dans sa version définitive
le 1^{er} juin 2018.