

Concepts théoriques en prévention : heurs et malheurs

Conceptualization of the preventive theories

M. Roland^{1,2} et M. Prevost²

¹D.M.G.-U.L.B., ²Fédération des Maisons Médicales

RESUME

Devant l'explosion des coûts des soins curatifs, la conceptualisation des théories et des méthodologies préventives, et l'efficacité démontrée des actions de prévention, celle-ci acquiert au fil du temps une importance grandissante et un développement souhaité aux yeux des médecins, mais aussi des patients, des décideurs politiques et des assureurs. Le présent article entend aborder et expliciter les apports positifs mais aussi les limites multiples des démarches préventives.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 458-68

ABSTRACT

In front of the explosion of the costs of the curative care, the conceptualization of the preventive theories and methodologies, and the shown efficiency of the actions of prevention, this one acquires with evolving time a growing importance and a development desired with the eyes of the doctors, but also of the patients, policy decision makers and insurers. This article intends to approach and clarify the positive contributions but also the multiple limits of the preventive steps.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 458-68

Key words : *prevention, theory, methodology, critical analysis*

La prévention représente un aspect des soins, sur lequel l'accent est de plus en plus mis dans une vision de politique globale de santé publique. Mais c'est une activité complexe et multiforme, qui ne peut se réduire à l'application de recommandations techniques universelles, et qui soulève à juste titre questionnements et débats. Dans cet article, nous tenterons d'approcher les dimensions culturelles qui sous-tendent l'approche préventive, d'en définir les différents niveaux de pertinence ainsi que les limites, les effets pervers et les difficultés. Cette réflexion nous semble indispensable pour que l'activité préventive puisse apporter de réels bénéfices à la santé des populations.

DEFINITION ET CLASSIFICATION DU CONCEPT DE PREVENTION

Selon l'objectif visé, plusieurs catégorisations sont possibles.

En fonction de la diachronie de la morbidité à prévenir

En intégrant les notions de santé et de maladie,

et de subjectivité et d'objectivité (mieux rendues en anglais par les termes " *illness* " ou maladie ressentie par le malade, et " *disease* " ou maladie diagnostiquée par le médecin), quatre formes différentes de perception s'expriment de manière bien distincte au cours d'une rencontre entre un patient et son médecin¹. Le tableau 1 représente graphiquement ces relations entre le patient qui se sent ou ne se sent pas malade, et celui qui l'est réellement ou ne l'est pas selon son médecin.

A partir de ce tableau et des réflexions théoriques d'un chercheur belge², et en prenant en compte l'évolution naturelle d'un phénomène morbide quelconque chez un patient (apparition du processus, présence de symptômes infracliniques, manifestation d'une maladie puis de ses complications), le Glossaire International de la Médecine Générale/Médecine de Famille³, publié par le Comité de Classification de la Wonca, divise le champ préventif en quatre catégories (de primaire à quaternaire) correspondant aux champs I à IV. Lorsqu'il est question de prévention, c'est le plus souvent aux champs I et II qu'on fait référence.

Tableau 1 : Les quatre dimensions de la rencontre médecin/patient

	Maladie absente	Maladie présente
Bonne santé ressentie par le patient	Champ I	Champ II
Etat de maladie ressenti par le patient	Champ IV	Champ III

Prévention primaire

Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé chez un individu ou dans une population avant son apparition (diminution de l'incidence) : par exemple les vaccinations, les actions destinées à modifier le comportement des populations, etc.

Prévention secondaire

Action menée pour prévenir le développement d'un problème de santé à partir d'un stade précoce chez un individu ou dans une population, en améliorant son évolution (morbidité) et sa durée (mortalité) (diminution de la prévalence) : par exemple le dépistage de certains cancers.

Prévention tertiaire

Action menée pour diminuer les conséquences et la prévalence d'un problème de santé chronique chez un individu ou dans une population, en minimisant ses complications aiguës ou chroniques : par exemple le suivi des diabétiques pour éviter l'apparition de nouvelles morbidités.

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 scientifiquement et éthiquement acceptables : par exemple la dissuasion d'examen inutiles chez un patient anxieux.

En fonction de la stratégie choisie

La prévention secondaire (les dépistages) s'organise à partir de quatre conceptions différentes, potentiellement complémentaires mais malheureusement souvent en opposition l'une avec l'autre, ce qui entraîne manques et redondances (tableau 2).

Stratégie I

Le dépistage opportuniste (" *case finding* ") à petite échelle est celui qui se pratique quotidiennement pendant les rencontres entre un médecin et ses patients. Celui-ci profite en quelque sorte de leur présence pour réaliser une procédure n'appartenant pas directement au contenu du contact : par exemple prendre la tension d'un patient qui consulte pour un rhume.

Stratégie II

Le dépistage opportuniste à grande échelle constitue également du " *case finding* ". Il est organisé dans son suivi mais ne touche que les patients qui y font appel spontanément, c'est-à-dire ceux qui y sont déjà le plus sensibilisés : par exemple les examens préventifs des grands centres de dépistage.

Stratégie III

Le dépistage systématique est orienté *a priori*, à l'inverse du dépistage opportuniste, et concerne donc une population cible définie en fonction de ses facteurs de risque (le dénominateur) qui permet de la contacter activement ou d'y évaluer l'impact de la procédure réalisée (taux de couverture). A petite échelle, il s'agit, par exemple, de la vaccination contre la grippe des patients diabétiques et de ceux de plus de 65 ans de la patientèle d'un médecin généraliste.

La stratégie IV

Les dépistages systématiques organisés à grande échelle constituent un des aspects de la politique de santé publique. Au moins théoriquement, ce sont eux qui assurent la meilleure efficacité et la meilleure équité pour la couverture préventive d'une population dans son ensemble : par exemple la campagne organisée pour le dépistage du cancer colorectal.

Tableau 2 : Quatre stratégies de dépistage.

	A petite échelle	A grande échelle
Opportuniste	Stratégie I	Stratégie II
Systématique	Stratégie III	Stratégie IV

En fonction de l'épistémologie

La prévention (primaire et secondaire) touche à la personne et aux populations encore bien portantes mais potentiellement malades, et ses stratégies de mise en œuvre sont en relation directe avec les modèles dominants, scientifiques mais aussi idéologiques. Tout en relevant apparemment du plus parfait bon sens (" mieux vaut prévenir que guérir "), la prévention peut en effet être aussi une manière détournée de promouvoir des normes sociales et politiques⁴. Un questionnement sur ses fondements et conséquences est dès lors indispensable.

Le modèle magico-religieux

Ce modèle, qui lie la prévention à des pratiques divinatoires, des rites et des gestes sacrificiels, reste une référence de base : malgré le succès des sciences biomédicales, il imprègne encore fortement les sociétés modernes d'aujourd'hui. En effet, la santé, la maladie, l'invalidité, la mort, ont toujours été, et sont encore, largement appréhendées à travers la culture qui fonde une société. Soulignons que, même si le discours n'est pas ici de type scientifique, les prescrits magico-religieux sont parfois cohérents avec les connaissances scientifiques du moment et ont généralement une logique adaptée au contexte dans lequel ils se sont développés (exemple l'interdit du porc).

Le modèle de la contrainte profane

Comme le premier, il repose sur les distinctions entre pur et impur, sain et malsain, salubre et insalubre, mais ici sans connotation religieuse aucune. Il débouche, et d'autant plus que l'appareil d'état est fort, sur des pratiques très prosaïques telles l'enfermement, la ségrégation, la mise à l'écart, l'exclusion, les sanatoriums, les léproseries, les quarantaines ou même l'hygiénisme, la démographie, les registres d'état civil, les vaccinations obligatoires pour des formes plus modernes.

Le modèle pastorien

Il découle directement du précédent dans la mesure où il a été le ferment de nouveaux savoirs scientifiques comme ceux découlant de l'hygiénisme du 19^{ème} siècle, mais il représente une véritable révolution scientifique sur le plan épistémologique dans la mesure où il constitue non seulement toute la base de l'infectiologie et de la vaccinologie, mais aussi la caution du positivisme linéaire : une cause (ici un germe), une maladie (ici l'infection), sa prévention (le vaccin).

Le modèle santé publique

C'est celui qui est le plus prégnant aujourd'hui puisque " *il consiste à produire une culture de santé publique, c'est-à-dire, un ensemble de normes et de standards de comportements, de manière à ce que ces normes et ces standards soient partagés, appli-*

*qués et intériorisés par l'ensemble de la population ou par des groupes plus spécifiques "*⁴. Il repose sur la microbiologie et les vaccinations, mais aussi sur l'épidémiologie, la génétique, etc., et s'adresse non seulement aux maladies infectieuses mais aussi aux cancers, aux maladies cardiovasculaires, aux facteurs d'environnement, etc. Ce modèle est sous-tendu par un contrat implicite qui fait référence d'une part à la légitimité des politiques de santé publique fondées sur les progrès des sciences biomédicales, d'autre part à la responsabilité des individus et des populations cibles censées mieux prendre en charge leur santé : droit à la santé résonne avec devoir à la santé.

En fonction du paradigme dominant de la santé

Cette dernière classification recoupe des morceaux des précédentes dans la mesure où elle fait appel aux différents critères qui les construisent⁵.

La santé est une récompense de Dieu

La maladie est donc une punition divine (au Paradis, il n'y avait pas de maladie), dont la prévention relève de la stricte observance des prescrits sacrés. L'idée est ancienne mais persiste encore malgré tout au travers de certains comportements (voyage à Lourdes) ou de certaines affirmations (le SIDA est la punition des débauchés).

La santé est l'absence de maladie

Vision somatique, elle se développe à partir de la Renaissance : observations, dissections, etc. Elle aboutit au modèle positiviste du 19^{ème} siècle. La santé, c'est le fonctionnement du corps dans le silence des organes. La maladie est la traduction d'une agression extérieure qu'il convient d'éliminer, ou, préventivement, d'identifier et d'éviter.

La santé est globale

La santé n'est pas que l'absence de maladie, c'est aussi un état de parfait bien-être physique, mental et social (O.M.S.). La maladie se rapporte à tout état de mal-être dans une quelconque de ses dimensions et la prévention appliquée aux domaines psychologique et social le même modèle et les mêmes méthodes positivistes qu'au somatique.

La santé est holistique

La santé est définie comme un équilibre dynamique entre l'individu et son milieu, qui permet à l'homme de mobiliser ses propres ressources, les ressources collectives et/ou les ressources de l'environnement face aux agressions venues de lui-même ou du monde extérieur. Cet équilibre dynamique implique la capacité de s'adapter, mais aussi de modifier le milieu : on parle d'autonomie, en opposition à l'hétéronomie.

On peut relever un ensemble de dimensions

toutes nécessaires à des degrés divers pour une bonne santé, une bonne autonomie ; certaines sont d'ordre individuel (physique, mentale, sociale), d'autres d'ordre collectif correspondant à des conditions pragmatiques (logement, ressources financières, travail, outils de communication, environnement, etc.). La prévention consiste alors pour les individus et les populations à développer leur capacité d'autonomie (" *empowerment* "), pour les pouvoirs publics à aider et stimuler ce développement au travers de conditions structurelles favorables.

La santé est économique

Dans nos sociétés marchandes, le concept de soin évolue d'un service à prester vers celui de marchandise à vendre (par les dispensateurs) ou à acheter (par les payeurs ou les patients), selon la loi du marché ouvert de l'offre et de la demande (" *managed care* "). La santé devient en conséquence un bien à préserver, qu'il faut assurer en fonction du risque actuariel de la perdre. La prévention vise alors à protéger ou faire fructifier son capital santé. Une fois encore, les différents paradigmes s'intriquent, le capitalisme étant considéré par certains comme une religion en soi⁶, référant de la sorte au premier modèle.

LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PREVENTION

De très nombreux *guidelines* existent dans le domaine préventif. Certains constituent des références sur le plan international, spécialement l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) du *Medical Practice Committee* (*American Medical Association*), le Groupe canadien sur l'examen médical périodique (*Canadian Task Force* CTF) de l'Association Médicale Canadienne (*Canadian Medical Association*), ou les EBM-*guidelines* finlandais, toutes publications qui ont largement inspiré les différents auteurs ou groupes auteurs de recommandations de bonne pratique adaptées au contexte spécifique belge : la SSMG, Domus Medica, l'INAMI, le KCE, l'Institut de Santé Publique, etc.

Tout récemment, le SPF (Service Public Fédéral) Affaires Sociales et de la Santé Publique a décidé un soutien financier à l'initiation et à la réalisation d'une prévention systématique au départ du médecin généraliste pour les patients de 45 à 74 ans. Celui-ci bénéficiera d'une rétribution forfaitaire annuelle de 10 associée à la gestion d'un dossier médical global (DMG) classique augmenté d'un module préventif (DMG Plus), de préférence sous forme électronique. Cette forme permet de disposer d'un outil de sélection des sous-populations à risque dans la patientèle totale, et d'un échéancier automatiquement mis à jour et producteur d'alertes de retard. Concrètement, le CTM (Conseil Technique Médical) fixe les modalités du système (en particulier : lancement, gestion, renouvellement, durée), la CNMM (Commission nationale médico-mutuelliste) détermine les données à collecter (notamment pour informer les organismes assureurs de facturer le lancement et le paiement

automatique des prestataires, et pour évaluer les principaux objectifs de prévention à communiquer aux GLEMs - Groupes locaux d'évaluation médicale). Cette dernière mission est confiée au CNPQ (Conseil national pour la promotion de la qualité), de même que la fixation des objectifs mesurables, les indicateurs. Celui-ci, logé à l'INAMI, a constitué un groupe de travail qui a élaboré dans le consensus un cadre de référence pour l'agenda préventif. Celui-ci s'appuie sur l'analyse critique de type EBM (*evidence-based medicine*) de différentes procédures préventives proposées et retient celles qui bénéficient du plus haut niveau de preuve (I/II ou A/B selon les différentes classifications).

La méthode de travail et l'approche de ce groupe se veulent :

- globales : sans exclusive des niveaux de soins ;
- exhaustives : tous les items relevés ici ou là doivent être évalués de façon critique ;
- cohérentes : sans opposition avec des attitudes ou des politiques en cours ;
- intégrées : dans la complémentarité ;
- témoins d'une gouvernance responsable ;
- non exclusives : les recommandations de niveau B peuvent être implantées à un niveau individuel ;
- évolutives : avec des révisions régulières en fonction de la progression des connaissances scientifiques.

Une première sélection globale a été effectuée (tableau 3).

Après discussion critique et recherche de consensus entre les différents experts (universités francophones et néerlandophones, SSMG, Domus Medica, mutualités, INAMI, KCE, CEBAM, etc.), l'agenda retient les procédures suivantes, synthétisées dans le tableau 4 :

1. Conseil (*counseling*) : alimentation, exercice physique, tabac.
2. Anamnèse et examen clinique :
 - mesure de la tension artérielle, du poids et de la taille : tous les 3-5 ans à partir de 45 ans (mise en évidence des facteurs de risque et éducation à la santé) ;
 - évaluation du risque cardiovasculaire global : tous les 3-5 ans.
3. *Screening* de 3 cancers :
 - cancer colorectal : recherche de sang dans les selles, de 50 à 74 ans, tous les 2 ans ;
 - cancer du sein : mammotest, femmes de 50 à 69 ans, tous les 2 ans ;
 - cancer du col : frottis de col, femmes jusque 65 ans, tous les 3 ans.
4. Suivi de 4 vaccins :
 - diphtérie : tous les 10 ans ;
 - tétanos : tous les 10 ans ;
 - grippe : à partir de 65 ans, tous les ans ;
 - pneumocoques : à partir de 65 ans, tous les 5 ans.
5. Réalisation de 5 tests biologiques :
 - cholestérol total et glycémie : tous les 3 ans ;
 - créatinine et protéinurie : à partir de 65 ans, tous les 3 ans ;

préventif, en une période où les connaissances scientifiques et les structures sociales ont profondément évolué, et où l'évaluation critique est devenue un outil du quotidien. Ce questionnement peut se faire sur plusieurs niveaux.

Sur la nature intrinsèque de la prévention

Une rencontre avec un patient peut être limitée aux problèmes amenés par le patient ce jour-là (curatif). Mais le médecin peut aussi décider d'aborder les problèmes chroniques, les facteurs de risque (prévention) et même de faire de l'éducation ou de la promotion de la santé⁷. Or, les modèles curatif et préventif sont par essence fondamentalement différents (tableau 5).

Dans le cadre de la consultation, la prévention relève en général plutôt d'une initiative du médecin que du patient. Face à un résultat incertain, à une probabilité statistique, le patient est souvent plus sensible à l'inconfort des procédures qui lui sont proposées, ou à leurs effets secondaires potentiels. Il s'agit dès lors pour le médecin, de transmettre de manière compréhensible une information parfois complexe, et surtout de s'appuyer sur une " pulsion de vie " chez son patient, laquelle doit être suffisante pour assurer sa participation pleine et entière, réfléchie et volontaire aux actions, aux programmes, aux modifications de style de vie, etc., qui lui sont proposés.

Sur le plan éthique et déontologique

Conséquence directe de cette différence intrinsèque entre médecin et patient face à la prévention, le médecin doit impérativement veiller à respecter le libre arbitre du patient, son autonomie, ses choix de vie et de comportements, sans jugement de valeur et sans imposition de normes et de standards qui lui seraient étrangers, ce qui pose problème, bien sûr, lorsqu'existe un antagonisme entre intérêt collectif et maintien de la décision autonome individuelle, comme dans le cas de la vaccination obligatoire contre la poliomyélite.

Sur les conditions matérielles nécessaires à la prévention

Les consultations de médecine générale voient régulièrement leur durée prolongée au cours du temps. Ce phénomène est lié à l'évolution de la profession et de la société : addition de temps administratif au temps curatif traditionnel, transition épidémiologique, multiplication des problèmes complexes, abord de plusieurs problèmes pendant le même contact, développement d'une culture de la qualité et de l'évaluation, besoins et demandes croissant des patients, etc. Le temps supplémentaire lié à l'initiation puis à la réalisation de démarches préventives est donc souvent compté, venant en plus, et dès lors souvent amputé ou négligé par nécessité ou facilité. Des incitants sont donc indispensables, tel ce nouveau forfait préventif lié au DMG Plus. A cette occasion, le temps total annuel nécessaire à la réalisation de l'agenda préventif a été évalué : il est loin d'être négligeable, et est repris dans le tableau 6 et les figures 1 et 2.

Des conclusions très concrètes ont été tirées de ces constatations. Pour le cas particulier du tabagisme par exemple : une population moyenne de 1.000 patients par médecin comporte environ 30 % soit 300 patients fumeurs ; le *counseling* sur ce sujet étant évalué à une dizaine de minutes par an, le total annuel pour ces 300 patients est de 3.000 minutes, soit 50 heures, soit plus d'une semaine de travail plein temps, pour qu'au bout du compte 8 patients arrêtent de fumer. Ceci correspond à 6 heures de temps de travail pour l'abandon du tabac par un patient⁸. La même publication relève que si un médecin généraliste devait satisfaire à la liste complète des recommandations de l'USPSTF, cela lui prendrait quasiment tout son temps et n'en laisserait certainement plus assez pour son travail clinique régulier.

Sur le plan statistique

La prévention secondaire consiste à dépister une série de problèmes de santé qui répondent à des conditions bien définies : fréquence importante (incidence et prévalence), hautes morbidité et mortalité,

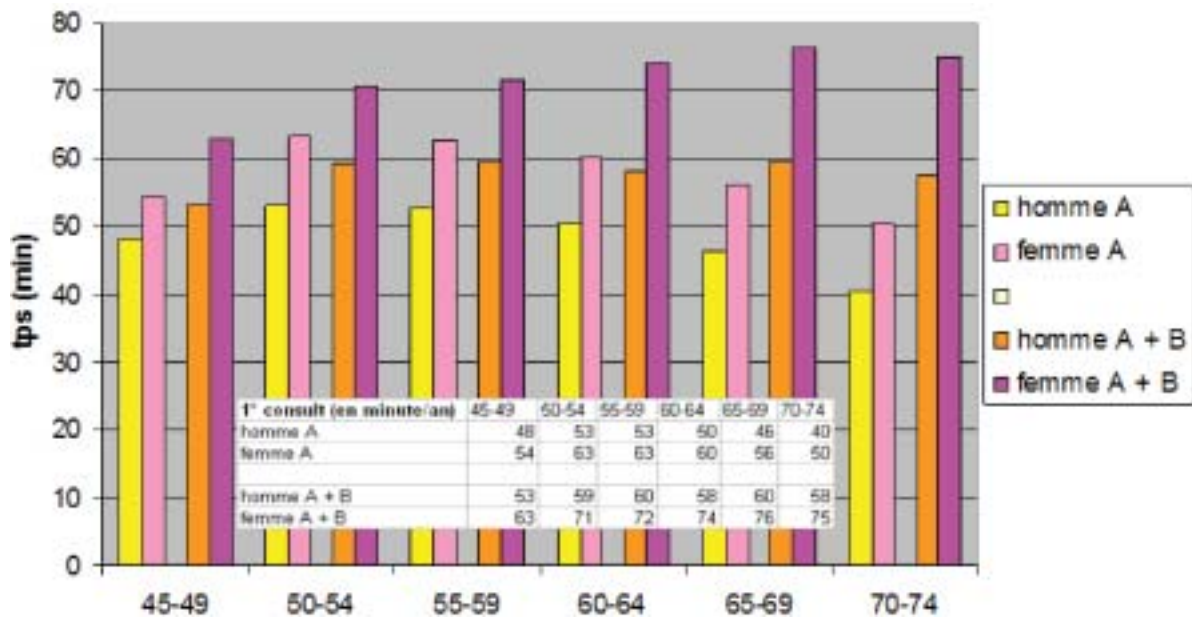
Tableau 5 : Comparaison soins curatifs et préventifs.

Soins curatifs	Soins préventifs
A l'initiative du patient	A l'initiative du médecin
Mono-factoriel	Multi-factoriel
Résultat prévisible	Résultat incertain
Nombre réduit de patients à traiter	Tous les patients sont candidats à la prévention
Bénéfice personnel certain	Bénéfice personnel incertain
Le succès est individuel	Le succès est d'ordre statistique
Un effet secondaire peut être acceptable	Un effet secondaire peut être inacceptable

Tableau 6 : Estimation de la charge de travail en minutes par an et par intervention préventive.

type de recommandation	type d'intervention	TIME 1*	TIME FU
A 1 conseils alimentaires et exercices physique+ tabac	counselling	15	10
A 2 prévention "de masse" cardiovasculaire	anamnèse+ examen	15	10
B 2 dépression	anamnèse	5	5
B 2 déficit auditif	anamnèse	5	5
B 1 prévention des chutes	counselling	5	5
B 1 soins dentaires	counselling	3	3
A 1 diphtérie tétanos	vaccination	3	3
B 1 grippe	vaccination	3	3
B 1 pneumococce	vaccination	3	3
A 1 AAS	prescription	1	1
B 1 raloxifène/ h substitution	prescription	5	1
A 2 cancer du col de l'utérus	prescription	5	1
A 2 mammo (ou mammotest)	prescription	5	1
A 2 cancer colorectal	prescription	5	1
B 2 ostéoporose	prescription	5	1
B 2 diabète (glycémie)	prescription	5	1
B 2 hypothyroïdie	prescription	5	1
B 2 créatinine et protéinurie	prescription	5	1

Figure 1 : Estimation de la charge préventive annuelle lors du premier contact.



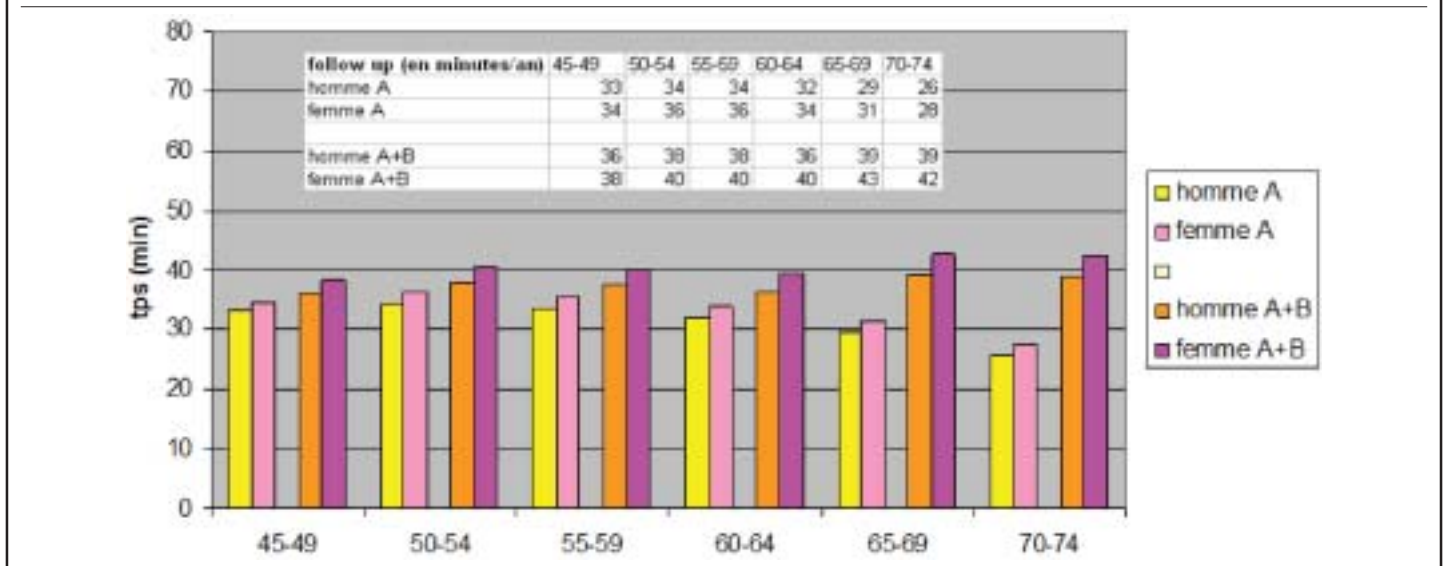
existence d'une phase préclinique pendant laquelle un test de dépistage est disponible avec une grande accessibilité, amélioration des paramètres d'évolution du problème en cas de traitement précoce, etc.⁹. Mais tout test, quelle que soit sa valeur (sensibilité et spécificité) comporte toujours un pourcentage inévitable de faux positifs (ce qui induit l'angoisse et entraîne des rappels inutiles pour mise au point complémentaire) et de faux négatifs¹⁰ (ce qui donne une fausse réassurance au patient, qui risque de différer une consultation ultérieure en cas de symptôme nouveau,

ou de perdre confiance dans le système médical et met le médecin devant la difficulté de devoir gérer une erreur de diagnostic et d'assumer une certaine culpabilité).

Un certain nombre de biais sont également inévitables :

- Biais de diagnostic par excès (" *overdiagnosis bias* "), c'est-à-dire l'identification (et donc souvent le traitement) de problèmes sans conséquence clinique ultérieure. Pour le cancer du sein par

Figure 2 : Estimation de la charge préventive annuelle lors du *follow-up*.



exemple, ce biais concerne jusque 30 à 50 % des cas dépistés. Ces diagnostics par excès concernent évidemment surtout des cancers *in situ* (seuls 25-50 % de ceux-ci évolueront en cancers invasifs, avec un délai de parfois 20 ans, et la survie à 10 ans est dans ces cas de 92 %¹¹), mais aussi des cancers invasifs (presque 50 % d'entre eux n'auront pas évolué endéans les 10 ans¹²). Ces diagnostics par excès entraînent bien sûr une augmentation (en partie injustifiée) du taux de mastectomie : de 17 à 84 % selon certaines études¹³.

- Biais de dépassement ou du temps d'avance au diagnostic (" *lead-time bias* ") : le dépistage permet de détecter la maladie plus rapidement que lorsque le diagnostic clinique est fait alors que les symptômes sont apparus ; le patient est donc " malade " plus longtemps, provoquant une fausse impression de survie plus longue ; ceci entraîne une surestimation de l'efficacité du dépistage (notamment dans les études à répartition non aléatoire).
- Biais de durée (" *length-time bias* ") : les cas à évolution lente (les moins graves) sont plus susceptibles d'être décelés par le dépistage que ceux qui évoluent rapidement, car leur phase de latence est plus longue ; ceci entraîne également une surestimation de l'efficacité du dépistage dans les études à répartition non aléatoire.

Quelques chiffres illustrent ces biais :

- Une étude à large échelle¹⁴ (inclusion de plus de 5 millions de mammographies de dépistage) a montré que, après 10 ans, de 15 (programmes britanniques) à 40 % (programmes étatsuniens) des femmes avaient été rappelées inutilement au moins une fois.
- Parmi 2.000 femmes qui ont suivi le programme de dépistage du cancer du sein par mammographie pendant 10 ans, 1 seule verra sa vie prolongée, mais 10 auront été traitées sans nécessité¹⁵.
- Parmi 2.000 patients qui ont suivi le programme de dépistage du cancer colorectal par recherche de

sang occulte dans les selles pendant 10 ans, 1 de moins entre 50 et 60 ans et 3 de moins entre 60 et 70 n'en mourront pas mais on ne constate par ailleurs aucune diminution de la mortalité globale alors que la coloscopie totale présente un taux de complications sévères de 1/1.000¹⁶.

Sur le plan de la politique de santé

De multiples constatations socio-démographiques, de nombreuses études épidémiologiques et étiologiques mettent en évidence le fait que, en tous lieux, ce sont toujours les mêmes, les plus défavorisés sur le plan économique et social, qui vivent moins bien, qui sont le plus souvent et le plus gravement malades et qui meurent le plus vite. Une question légitime sur le plan scientifique peut (doit?) alors être posée : les inégalités de santé ne traduiraient-elles pas simplement les inégalités sociales, et la morbidité somatique ne serait-elle pas en tant que telle un facteur confondant de la morbidité sociale^{17,18} ?

Cette hypothèse est importante car sa validation imposerait aux décideurs l'obligation de réorienter les priorités, même de santé, vers des systèmes d'organisation politique plus porteurs d'égalité, d'équité, de solidarité et de justice sociale, plutôt que de tenter de réduire ces inégalités de santé par des mesures strictement sanitaires, qu'elles soient d'ailleurs curatives ou préventives.

Sur le plan socio-économique

Les constatations dans ce domaine sur l'état de santé des individus et des populations rejoignent celles concernant la politique de santé. Elles ont été rassemblées dans une théorie socio-sanitaire appelée " *inverse care law* ".

Cette loi a été proposée par Julian Tudor Hart alors qu'il était médecin généraliste dans une zone défavorisée du pays de Galles dans les années 1970.

Dans son article publié dans le Lancet¹⁹, il a identifié une relation entre inégalités et disponibilité des services de santé : “ **La mise à disposition de soins médicaux de qualité a tendance à varier inversement avec les besoins de la population servie** ”.

Ce constat est valide non seulement pour les soins curatifs mais surtout pour les soins préventifs, pour toute une série de raisons qui relèvent de différents niveaux²⁰ :

- Le niveau individuel : connaissances personnelles, culture d'origine, croyances, estime de soi, comportement.
- Le niveau de la communauté : cohésion sociale.
- Le niveau des services et des structures : environnement quotidien de vie, d'apprentissage et de travail et accessibilité des services et structures.
- Le niveau macro-social, -économique et -culturel combinant toutes les inégalités.

En Belgique, comme dans d'autres pays européens, la création et le développement progressif de services préventifs ont été sous-tendus par l'idée que des services préventifs gratuits, accessibles à tous, basés sur le dépistage des maladies, les vaccinations ou les troubles de croissance, l'éducation à la santé des populations, etc., permettraient une plus grande égalité face à la santé.

Implicitement, on considère que, puisque ce sont les populations les plus défavorisées qui sont le plus en besoin d'être éduquées, parce que leur niveau d'instruction est moindre et que leur style de vie implique plus de risques pour la santé, et qui ont le plus besoin de dépistages, puisqu'elles consultent en général tardivement, ce sont elles qui tireront le plus de bénéfice des services préventifs et donc que ceux-ci permettront de diminuer les écarts de santé entre groupes sociaux.

En fait, quand on évalue l'impact des programmes préventifs actuellement mis en œuvre sur les inégalités sociales de santé, on s'aperçoit que, sauf pour certains types de vaccination chez l'enfant, les programmes préventifs ne diminuent pas ces inégalités et qu'ils peuvent même souvent les accentuer (les bénéfices étant beaucoup plus importants pour les publics plus favorisés). La réduction des écarts²¹ à partir des services préventifs se heurte en effet à de nombreux obstacles :

- L'inadéquation des programmes aux capacités financières ou autres et aux réalités de vie des groupes les plus exposés (exemple : les programmes de prévention des caries dentaires ou du tabagisme).
- Une conception trop étroite de l'action préventive qui se réduit au dépistage et à l'éducation à la santé, elle-même le plus souvent limitée à une série de conseils ou de recommandations normatives. Or, les bénéfices des dépistages sont directement liés à la capacité de bien utiliser les services de santé curatifs, capacité elle-même directement liée au statut social (exemple dépistage et traitement des

anomalies visuelles ou de l'obésité). De plus, la rupture entre services préventifs et curatifs réduit, voire annule, les effets d'égalisation attendus par les consultations préventives gratuites ; en effet, les interventions de dépistage réalisées par les services préventifs ne seront réellement préventives que si une prise en charge thérapeutique existe et est accessible en aval. Quant à l'éducation à la santé, elle profite à ceux qui ont les aptitudes et les moyens de modifier leur environnement et leurs attitudes dans le sens proposé. Sans intervention visant à renforcer ces aptitudes et ces moyens dans les groupes sociaux les plus défavorisés (discrimination positive ou équité), l'éducation pour la santé peut être un facteur d'accentuation des inégalités sociales de santé (exemple : la mort subite du nourrisson).

- Tant pour les jeunes enfants que pour les adolescents, la difficulté d'identifier les demandes et les besoins des groupes les plus exposés, et l'analyse des problèmes à partir de l'offre de service plutôt que des besoins de la population, empêchent les équipes préventives de rencontrer efficacement les besoins des sous-groupes les plus vulnérables.
- La persistance d'obstacles majeurs malgré les efforts considérables consentis pour assurer l'accessibilité aux services préventifs. Ils sont liés aux conditions de vie (mobilité, difficultés à s'organiser), à la scolarité (absentéisme, décrochage scolaire, enseignement en alternance), ou sont d'ordre politique, en lien avec le système social dans son ensemble (notamment via l'organisation et/ou la crainte d'un contrôle social). La corrélation inverse opère par exemple de manière encore plus importante là où les soins médicaux sont les plus exposés aux forces du marché, et moins dans les zones où l'exposition est réduite.

“ La distribution du marché des soins médicaux est une forme sociale primitive et historiquement périmée, et tout retour vers elle ne ferait qu'aggraver encore plus l'inadéquation de l'offre de ressources médicales* ”¹⁹.

Sur le plan organisationnel

La planification d'un programme préventif peut se décliner sur différents modes, pas nécessairement mais potentiellement contradictoires : à petite ou à grande échelle, opportuniste ou systématique. Chacun d'entre eux présente des richesses et des faiblesses qu'il convient de soupeser pour choisir celui ou parfois ceux qui semblent les plus adaptés au problème de santé considéré. Par exemple :

- Le dépistage systématique de l'hypertension artérielle est impératif, mais il doit s'intégrer à l'évaluation du risque cardiovasculaire global ; il trouve dès lors sa place dans le quotidien du médecin généraliste pour une série de patients connus (par exemple par le DMG Plus), dont l'ensemble constitue un dénominateur servant de base au calcul du taux de couverture ; sur le plan

* A nos yeux, ce système d'organisation est plutôt fondamentalement inadéquat que périmé.

opérationnel, ce dépistage peut être à la fois opportuniste et systématisé pour ceux qui ne consultent que rarement ou pas du tout ; se pose immédiatement la question de la faisabilité et de l'éthique de la prise en charge de ces patients à risque puisqu'on a évalué que si l'on prend en compte la totalité des facteurs composant les équations de Framingham et les tables SCORE, on définit une sous-population à risque de 50 % à l'âge de 25 ans, et de 90 % à l'âge de 50 ans²².

- Le dépistage du cancer du col est tout aussi indiqué, tous les critères nécessaires à sa mise sur pied de manière systématique étant réunis. Mais la réalisation actuelle des frottis de col, essentiellement par les gynécologues et les grandes cliniques spécialisées en dépistage, assure à la fois un mauvais taux de couverture global dans la population cible, mal délimitée et peu sensibilisée activement, et l'expression à haute intensité de l'inverse *care law* : souvent trop de frottis chez les femmes les moins à risque (économiquement favorisées), pas assez chez celles à haut risque (plus précaires, plus fragiles). La mise sur pied d'une politique de santé publique organisant la synergie entre les différents effecteurs est donc indispensable à court terme.

CONCLUSION

Nous avons voulu mettre en évidence les limites des approches préventives en éclairant les différents modèles qui les sous-tendent ainsi que leur nature intrinsèque.

Une des difficultés est que, si le modèle de la santé publique - dominant aujourd'hui - est fondé sur le plan scientifique, sa pertinence au niveau collectif se trouve en tension avec la perception individuelle et subjective de la santé : la vérité statistique n'est pas une vérité au niveau individuel, et le médecin a la tâche délicate de trouver, et d'amener le patient, vers ce qui est le plus juste pour lui.

Il nous semble aussi fondamental de souligner que la prévention, aussi accessible se veut-elle, ne suffit pas à rétablir l'égalité en matière de santé, pour trois raisons : parce qu'elle véhicule, au-delà de la vérité scientifique, des normes sociales qui ne rencontrent pas la culture, les modes de vie, les représentations de tous les segments de la population ; parce qu'elle est trop souvent organisée sans tenir suffisamment compte de l'accès aux soins, qui est la condition de son efficacité réelle ; enfin, parce qu'elle se limite trop souvent aux services de santé, alors que la plupart des maladies sont liées à des conditions socio-économiques dont la modification exige une volonté politique dépassant largement le secteur sanitaire. C'est devant cette limite que l'O.M.S. a développé le concept de promotion de la santé (charte d'Ottawa), qui propose très clairement d'inscrire l'action des services de santé dans une politique globale plus large, axée sur l'équité et le développement, à tous les niveaux, de conditions

favorables à la santé ; cette approche souligne aussi l'importance de reconnaître et de soutenir les capacités des individus et des collectivités à faire des choix en matière de santé.

La réflexion que nous avons menée invite à porter un regard critique sur la prévention, tant sur le plan éthique et déontologique que sur le plan organisationnel. Sans nul doute, les approches préventives d'abord, éducationnelles et promotionnelles ensuite, ont apporté leur aune de progrès dans l'état de santé des individus et des populations. Mais seule une analyse critique permettra d'orienter ou de réorienter les attitudes individuelles des soignants et des patients, de même que les programmes et politiques collectives, de manière à renforcer leur efficacité globale et à leur éviter les écueils et les freins les plus prévisibles.

Remerciements

L'auteur remercie le Dr P. Meeus (INAMI) qui a activement collaboré à certaines parties de cet article et qui a mis en page tous les tableaux Excel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hellström OW : Health promotion in general practice. Eur J Public Health 1994 ; 4 : 119-24
2. Jamoulle M : Information et informatisation en médecine générale. In : 3^{es} journées de réflexion sur l'informatique. Les informa-giciens. Presses Universitaires de Namur, 1986 : 193-209
3. Bentzen N, ed : Wonca Classification Committee. An International Glossary for General/Family Practice. Family Practice 1995 ; 12 : 341-69
4. Dozon JP : Que signifie et qu'implique prévention ? Education Santé 2009 ; 243 : 11-7
5. Roland M : Des outils conceptuels et méthodologiques pour la médecine générale. Thèse de doctorat en santé publique. Bruxelles, U.L.B., 2006
6. Benjamin W, Weber M : Le capitalisme comme religion. Raisons politiques 2006 ; 3 : 203-19
7. Stott NC, Davis RH : The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract 1979 ; 29 : 201-5
8. Yarnell KS, Pollak KI, Ostbye T *et al.* : Primary care : is there enough time for prevention ? Am J Public Health 2003 ; 93 : 635-41
9. Wilson JM, Junger CT : Principles and practice of screening for disease. World Health Organization Public Health Paper 1968 ; 34
10. Jenicek M, Cléroux R : Epidémiologie : principes, techniques, applications. Québec, Edisem Inc. et Paris, Maloine SA, 1984
11. Revue Prescrire Rédaction : Les cancers du sein chez la femme : une évolution naturelle et un pronostic très variable d'une femme à l'autre. Rev Prescrire 2003 ; 23 : 680-7
12. Barratt A *et al.* : Model of outcomes of screening mammography : information to support informed choice. BMJ 2005 ; 330 : 936-8
13. Douck M, Baum M : Mass breast screening : is there a hidden cost ? Br J Surgery 2003 ; 90 (Suppl 1) : 44-5

14. Smith-Bindmann R *et al.* : Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom. JAMA 2003 ; 290 : 2129-37
15. Gotzsche PC *et al.* : Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4
16. Hewitson P *et al.* : Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1
17. Marmot MG, Theorell T : Social class and cardio-vascular disease : the contribution of work. Int J Health Serv 1988 ; 18 : 659-74
18. Marmot MG : Social inequalities in mortality : the social environment. In Class and Health : research and longitudinal data. London, Wilkinson RG, ed. Tavistock, 1986
19. Hart JT : The inverse care law. Lancet 1971 ; 1 : 405-12
20. Whitehead MA : Typology of actions to tackle social inequalities in health. J Epidemiology Community Health 2007 : 473-8
21. De Spiegelaere M, Roland M : Cours de Médecine sociale, Bruxelles, PUB, 2008
22. Weingarten M : Ethique de la médecine préventive en soins primaires. Communication présentée au 14^e Congrès régional Wonca Europe, Istanbul, 2008

Correspondance et tirés à part :

M. ROLAND
Avenue Van Volxem 45
1190 Bruxelles
E-mail : michel.roland@ulb.ac.be

Travail reçu le 21 avril 2009 ; accepté dans sa version définitive le 29 juin 2009.