

Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser

Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
Marianne
Prevost,
sociologue.

Des recommandations en santé publique énoncées par les experts (nocivité du tabac, intérêt du dépistage du cancer du sein, vaccins, ...) à la pratique des généralistes (aider les patients à ne plus ou à ne pas fumer, proposer systématiquement une mammographie de dépistage ou un vaccin contre la grippe, ...), il y a de multiples étapes à comprendre et des obstacles à contourner pour réaliser utilement des actions préventives.

Ce sont ces obstacles et ces étapes qui ont été progressivement éclairés, décortiqués et parfois surmontés par les différentes recherches sur les pratiques des médecins généralistes en prévention et sur les attentes de leurs patients dans ce domaine, menées en Belgique avec le soutien de la Communauté française depuis une dizaine d'années.

Les généralistes et la santé

« La santé, c'est le bien-être au-dedans et au dehors de quelqu'un. C'est aussi ne pas être malade. Mais être malade de temps en temps, ça fait du bien. » (Max, 12 ans)

Les généralistes sont les professionnels de la santé les plus proches et les plus souvent en contact avec tous les patients. Cette proximité et cette présence au fil des ans leur demandent de préparer des conditions de bonne santé pour demain, de tenter d'éviter l'un ou l'autre problème de santé vulnérable, de prévenir ce qui peut l'être. C'est aussi ce que les patients attendent d'eux.

La prévention médicale est une dimension de la promotion de la santé familière aux généralistes : vaccinations (grippe, tétanos, hépatite B, vaccins des enfants), dépistage du cancer du sein et du col, suivi des diabétiques, dépistage des hypertendus... Toutes ces actions préventives sont réalisées de manière variable, avec cependant quelques progrès ces dernières années. Une enquête réalisée en Belgique montre que 90 % des patients de plus de quinze ans ont eu une mesure de la tension artérielle, 70 % sont vaccinés contre le tétanos, 55 % connaissent leur taux de cholestérol lors des cinq dernières années, la moitié des femmes de 50 à 70 ans ont eu une mammographie de dépistage du cancer du sein, 32 % des patients âgés de plus de 65 ans ont été vaccinés contre la grippe en 1997...¹

Mais ce n'est pas simple. Pour devenir performants et utiles pour les patients, les généralistes apprennent à éviter les pièges, à contourner les obstacles, à desserrer les freins que la médecine elle-même a parfois construits.

La prévention reste le parent pauvre de la médecine

Malgré son importance de plus en plus reconnue, la prévention reste le parent pauvre des soins de santé. Le développement des pratiques de soins, que ce soit en terme de budget, de reconnaissance scientifique ou de prestige social, continue à aller vers la deuxième ligne, avec une spécialisation croissante, plutôt que vers la médecine générale et les pratiques préventives que le premier échelon serait le mieux à même de promouvoir.

Les obstacles au développement de la prévention viennent du système de santé existant et du modèle biomédical sur lequel il se fonde, des réticences des médecins, et du manque de motivation des patients ; tous ces éléments sont bien entendu liés.

Dans le système actuel, les budgets publics alloués à l'éducation du patient ou à l'éducation pour la santé sont dérisoires en regard des

(1) Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique - Institut Louis Pasteur, Enquête de Santé en Belgique, 1997.



budgets colossaux dévolus aux soins curatifs : même pas de l'ordre de 1 % ! Ce qui en dit long sur les priorités établies, et sur les possibilités concrètes de sortir du modèle biomédical classique, toujours largement dominant. La reconnaissance des actes préventifs et éducatifs, leur inscription dans la nomenclature des soins, restent extrêmement marginales. Ce manque de reconnaissance freine l'intégration d'actes ou de conseils préventifs dans la consultation curative, tant au niveau symbolique (quelle peut être la valeur d'une pratique non reconnue ?), qu'au niveau pratique (comment, lorsqu'on est payé à l'acte, consacrer un temps suffisant à une pratique n'entraînant aucun bénéfice financier ?).

La médecine, centrée sur un organe malade, empêche une approche humaine, globale et préventive du patient

Ce manque de reconnaissance correspond au modèle biomédical classique, qui reste le principal axe de formation des médecins. Ce modèle est centré sur la maladie, sur l'organe, sur la causalité biologique. La personne même du patient intervient bien sûr, mais plutôt comme un potentiel « empêqueur de soigner en rond » (il risque de ne pas être assez compliant) que comme un être possédant des ressources, capable de prendre des responsabilités, de faire des choix dignes d'intérêt, de respect. Bref, les médecins n'apprennent guère à approcher le patient de manière globale, comme une personne à part entière vivant dans une famille, un quartier, dépositaire de connaissances, d'une culture propre en matière de santé ; ils n'apprennent pas à articuler les soins curatifs avec d'autres domaines liés à la santé - tels que le contexte politique et social, le niveau économique, les conditions de vie, l'instruction, l'insertion sociale. L'apprentissage à une lecture critique d'articles scientifiques reste embryonnaire dans la formation des médecins. Or, qu'on la considère dans ses aspects médicaux ou éducatifs, l'approche préventive nécessite toujours une rigueur scientifique et la prise en compte du patient dans sa globalité ; elle vient donc remettre en avant un ensemble de facteurs constitutifs de la santé, que les

médecins ont appris soit à négliger complètement, soit à considérer comme n'appartenant pas à leur champ de compétence.

Le traditionnel clivage entre préventif et curatif est nuisible pour la santé

Cette négligence, ou ce sentiment d'incompétence, rejoint, et est en même temps renforcé, par le clivage que notre système de santé a introduit entre le curatif et le préventif. Les pratiques préventives sont réalisées par des institutions verticales spécialisées : les soins préventifs aux bébés et aux enfants en âge scolaire¹ ; la médecine du travail ; les centres spécialisés pour le dépistage du cancer, du SIDA, etc. Le médecin généraliste ne se sent dès lors pas responsable de ces aspects préventifs, puisque d'« autres s'en occupent ». D'autres qui, parfois, peuvent avoir tendance à disqualifier le médecin généraliste... puisqu'il faut bien protéger un territoire dans lequel on a, il est vrai, acquis une certaine spécialisation...

Non seulement d'« autres s'en occupent », mais ces autres semblent avoir, à certains égards, plus de facilité que le médecin généraliste : ils ont des budgets pour mener leur activité préventive ; ils travaillent le plus souvent autour d'une problématique précise et sur base d'un contact plus ou moins ponctuel ; ils ont affaire à un public demandeur (c'est-à-dire un public dont, éventuellement, des campagnes bien orchestrées ont pu susciter la demande²) ou « captif » (les jeunes à l'école, les travailleurs). Le médecin généraliste, lui, a affaire à un public qui demande autre chose - parfois de manière pressante ; un public dont il faut considérer l'ensemble des problèmes, et pour lequel il faut veiller à préserver la relation à long terme... Certains médecins pensent que, bien souvent, « le motif de la consultation ne permet pas » de poser un acte préventif quand le patient vient avec une demande de soin curatif. Ils craignent que tout conseil s'écartant de la demande initiale soit ressenti comme une intrusion, vienne provoquer une anxiété inutile, brise quelque chose dans la relation... Difficultés réelles bien sûr, et qui apparaissent d'autant plus lourdes que rien ne prépare les médecins à les

(1) Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Inspection médicale scolaire (IMS), etc.

(2) On pense par exemple aux « mammobuses », véhicules conçus pour réaliser des mammographies quasiment sur le pas de la porte des gens, dûment avertis du passage de la « mammobus » par une campagne d'information préalable.

Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser

surmonter ; et surtout, rien ne les aide à concevoir les choses de manière plus optimiste - à comprendre par exemple à quel point la relation privilégiée avec un patient permet justement de mieux communiquer avec lui, de percevoir des demandes non exprimées, de donner des conseils, un soutien personnalisé. Ils méconnaissent aussi très largement le souhait qu'ont en réalité les patients, de voir leur médecin assurer une prise en charge préventive : les patients se disent prêts à répondre aux propositions du médecin, à écouter ses conseils, et sont extrêmement satisfaits lorsque le médecin s'autorise à dépasser le strict cadre de la demande initiale.

La pauvreté des généralistes

Bien souvent aussi, les médecins se sous-estiment, ils sous-évaluent leur impact auprès des patients en croyant, à tort, que les médias (dont la télévision) ont un impact plus grand auprès de leurs patients que leur propre parole de médecin de famille. Cet impact du généraliste a pu être évalué : le conseil donné par le médecin, surtout s'il s'accompagne de pistes pratiques (par exemple, expliquer le fonctionnement et donner l'adresse d'un groupe d'arrêt du tabagisme) est bien plus efficace qu'une simple campagne média, justement parce qu'il s'intègre dans une relation personnalisée, dans un contexte sensible qui permet d'envisager les besoins et les ressources propres du patient. Les campagnes médiatiques ne sont certes pas inutiles, mais elles ne remplacent pas l'intervention personnalisée ; elles peuvent la compléter, la soutenir, créer un climat favorable - mais une campagne média non relayée par une action de proximité reste le plus souvent impersonnelle, abstraite et peu efficace.

Les médecins généralistes manquent d'outils préventifs : comment tenir un échéancier ? Comment travailler de manière systématique et envoyer, si nécessaire, des lettres de rappel aux patients ? Bien souvent, ils n'osent pas le faire alors que ces lettres de rappel sont explicitement autorisées par l'Ordre des médecins. Celui-ci demande simplement que le patient qui reçoit la lettre garde le libre choix

du médecin à consulter pour cet acte préventif.

La prévention est vaste et plurielle : comment s'y retrouver ?

Mais, nouvelle question pour beaucoup de médecins, que faire en matière de prévention, et comment ? Les pistes sont multiples : de la prévention de type médical, à la promotion de la santé, en passant par l'éducation, les objectifs, les méthodes, les stratégies sont diverses et souvent éloignées de l'activité médicale habituelle. Il n'y a pas toujours de consensus clairs, et les compétences en la matière sortent souvent du champ de l'expertise médicale : le bien-fondé, les critères d'efficacité de telle ou telle stratégie proviennent d'autres disciplines, qui n'ont pas toujours une crédibilité suffisante auprès des médecins. Même dans le domaine de la prévention médicale, plus facilement appréhendable, il existe des contradictions entre experts, des incertitudes qui freinent la motivation : comment proposer à un patient quelque chose qu'il ne demande pas, si l'on n'est pas absolument certain que cette proposition lui procurera un bénéfice ? Si l'on craint même de faire « pire que bien », parce que l'on a engendré une inquiétude ou parce que l'on a préconisé un comportement qui sera, quelque temps plus tard, invalidé par de nouvelles connaissances scientifiques ?

Tout cela entraîne bien souvent une démission des praticiens qui ne savent pas bien sur quelles bases agir, où trouver les références de recherches et d'expériences auxquelles se fier. La tentation est alors grande de se centrer sur une approche strictement curative - ou sur une démarche préventive minimaliste dont ne bénéficiera qu'un nombre limité de patients.

La demande implicite des patients : « Même quand nous ne sommes pas là, prenez soin de nous »

Beaucoup de généralistes n'ont pas assez conscience que les patients attendent de leur



docteur des propositions concrètes de prévention et qu'ils apprécient les lettres de rappel : « Même quand nous ne sommes pas là, vous prenez soin de nous ». Les patients apprécient aussi que leur médecin de famille prenne le temps d'écouter et le temps d'expliquer un traitement ou un acte préventif, le pourquoi et le comment, les limites, les effets secondaires et les indications.

Malheureusement, écouter, expliquer et proposer prend du temps, et il n'y a pas de financement prévu pour cette dimension humaine et thérapeutique de la médecine préventive.

Conclusion

De la théorie à la pratique, le chemin est long et semé d'embûches. Les premiers obstacles à contourner sont inhérents au système de santé : prépondérance du modèle biomédical, clivage du préventif et du curatif, formation inadéquate des praticiens. Les institutions préventives spécialisées déresponsabilisent souvent de fait les médecins généralistes qui se sentent mis à l'écart de leurs responsabilités, empêchés de suivre ces patients à long terme.

Un autre volet d'obstacles est lié à la relation entre les praticiens et les patients. « Le motif de la consultation ne permet pas de proposer tel acte préventif » disent les médecins qui sous-estiment leur grande influence sur le comportement des patients et la demande implicite des patients pour plus de prévention.

Par le programme Agir ensemble en prévention, la Fédération des maisons médicales est au cœur de ce débat depuis 1992, alliant les réflexions des experts à l'expérience des praticiens (voir articles dans ce numéro). Ces constants allers-retours et l'accompagnement de ces praticiens permettent de dégager des pistes d'intervention pour implanter durablement des actions de prévention réalisées par les généralistes et autres professionnels de la santé du premier échelon au bénéfice de toute la population. ●

Bibliographie

Berghmans L., Boutsen M., Swennen B., Wanlin M., *La prévention en médecine générale*, rapport de recherche inédit, Ecole de santé publique, ULB, Bruxelles, 1990, 57 pp.

Centre de recherche opérationnelle en santé publique - Institut Louis Pasteur, *Enquête de Santé en Belgique*, 1997.

Deccache A., Laperche J., « Values, paradigms and quality criteria in health promotion : an application to primary health care », in Davies JK. and Mc

Donald G. (Eds) : *Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion*, Routledge Publishers, London, 1998, p. 150-164.

Gosselain Y., Laperche J., *Agir Ensemble en Prévention*, brochure didactique résumant le rapport d'évaluation de Miermans M-C., Fédération des maisons médicales, 1995.

Laperche J., Delpierre V., « La prévention, côté soignants - côté patients », *Revue Education Santé* n°88, p. 9-14, Infor-Santé, Bruxelles, juin 1994.

Laperche J., Gosselain Y., Prevost M. « Une expérience belge en médecine générale », *La Santé de l'Homme*, CFES, Paris, n° 341, mai-juin 1999, p. 40-42.

Leveque A., Berghmans L., Lagasse R., Laperche J., Piette D., *Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique*, in *Arch Public Health* 1997, 55, 145-158.

Leveque A., De Roubaix J., *Education pour la Prévention*, rapports de recherche, PROMES, ULB, Bruxelles, 1993.

Miermans M-C., *Rapport d'évaluation du programme « Agir ensemble en prévention »*, APES, 1995.

Piette D., « Mettre à profit la consultation de médecine générale », *Cahier du GERM*, n°186, 1985.