

Etait-ce la dernière valse ? La convention médico-mutualiste, chargée d'établir les tarifs des soins de santé et de répartir les budgets entre prestataires pour 1999, a pris en cette fin d'année 1998 des allures surréalistes... une fois de plus... une dernière fois ? Tableau de cette tragi-comédie par Jean-Michel Melis en page 3.

Branle-bas sur la formation des kinésithérapeutes : modification du cadre des études sans réelle redéfinition de leur contenu, alignement sur les normes européennes mais avec des différences entre francophones et néerlandophones, numerus clausus... Brigitte Poulet nous chante le blues des futurs kinésithérapeutes en page 5.

Rêver un impossible rêve, atteindre l'inaccessible étoile... pourquoi pas ? Les efforts faits pour déployer le concept et les actions de santé communautaire méritaient bien une réflexion en forme de colloque. Jacques Morel nous rend compte du colloque « Santé communautaire » proposé par l'asbl « Santé, Communauté, Participation » et organisé par « Question Santé » ce 6 octobre 98. A lire en page 7.

Docteur, faites-moi tout ! Non, cette requête n'a rien de salace, c'est une demande souvent formulée par des patients qu'illusionnent les signes extérieurs de puissance affichés avec complaisance par la médecine moderne. Derrière leur vitrine rutilante, les examens techniques ne sont pourtant que des outils dont il importe de connaître capacités et limites. Ainsi en va-t-il des « prises de sang », investies à tort du don de déchiffrer les états de la santé présente et à venir. Une analyse critique des fondements théoriques du dépistage de

masse sur base de la méthodologie « Evidence-Based Medicine » amène en fait à éliminer le bilan biologique de base (analyse de sang) de l'examen médical périodique. Un interrogatoire santé bien mené et un bon examen clinique permettront par contre de sélectionner les patients à risque pour certaines pathologies, auxquels pourront alors être conseillés des tests orientés plus décisifs avec une bonne valeur prédictive positive. Explications de Michel Roland et Marc Jamoulle en page 8.

La sortie d'un nouveau bouquin de Jean Carpentier est toujours un moment intense pour tous ceux qui réfléchissent sur le sens de leur activité de soignant. Moment à partager en page 16.

Moi qui suis en train de vous parler (écrire, serait-ce parler avec les doigts ?) et vous qui m'écoutez (lire, n'est-ce pas écouter avec les yeux ?), sommes-nous en train d'établir une connexion entre organisations cérébrales tellement sophistiquées qu'elles en dégagent une pensée libre, ou sommes-nous des sujets autonomes communiquant grâce à des outils biologiques ? Eh bien, réfléchir à cela n'est pas si casse-pieds ou futile qu'on pourrait le craindre ! La preuve par Paul Ricoeur et Jean-Pierre Changeux en rubrique livres, page 18.

Approche interculturelle en soins de santé primaires ! « Wadesmedana ? »... comme on dit dans la culture bruxelloise, en tapant avec souplesse du plat de la main sur la face externe d'une cuisse et en fronçant les sourcils (gestuelle de l'étonnement mi agacé, mi convaincu que ça va encore être une zwanze - voir ce mot dans le lexique de base de l'ethnie centro-bruxelloise).

Pour user d'un ton moins léger, la

distance entre le soignant et l'usager des soins de santé se fait plus sensible quand l'écart sociologique ou technoscientifique qui les sépare se double d'un cadre de références culturelles exogène. A l'heure du village planétaire, l'interaction et l'imprégnation réciproque entre cultures d'origines différentes deviennent des données de base qui conditionnent le déroulement de la relation thérapeutique. Cette vaste problématique mérite une attention particulière et met en jeu des connaissances et des savoir-faire touchant à de nombreux domaines. Sans prétendre faire le tour de la problématique, nous vous présentons dans notre cahier en page 19 des réflexions et des témoignages sur la manière dont se vit aujourd'hui la rencontre entre soignant et usager de soins de cultures différentes.

L'accès aux soins de santé menacé ?

La question mérite d'être envisagée franchement, sans alarmisme et sans désinvolture. Une formulation plus juste serait : tout le monde peut-il aujourd'hui, et pourra-t-il demain, avoir accès à tous les soins utiles et nécessaires à sa santé ?

Aujourd'hui : la facture « soins de santé » s'alourdit chaque année, tant pour l'usager que pour la collectivité.

Les coûts à charge de l'usager s'accroissent, l'élément le plus visible étant l'augmentation des tickets modérateurs. Dans le même temps, des couches de plus en plus importantes de la population voient leurs ressources diminuer et, à la manière de dominos se bousculant l'un après l'autre, risquent de

• Editorial
• (suite)
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

tomber dans la pauvreté. Récemment, la réforme de l'assurabilité et l'extension du statut VIPO (mesures 1997 et 1998 du ministère des Affaires sociales) ont amélioré la couverture des frais de santé pour les plus démunis. Quoi que dans l'esprit ces réformes constituent un progrès, sur le terrain elles ne parviennent qu'à freiner la difficulté croissante d'accès aux soins.

Concrètement, on voit des usagers discuter, postposer, sélectionner ou refuser les soins sur base de critères financiers. Les dépenses liées à la prévention sont les premières sacrifiées, celles destinées aux soins curatifs sont écornées, et pas toujours à bon escient. Ce comportement n'est plus comme il y a quelques années celui des franges les plus défavorisées mais celui d'une partie non négligeable de la population, chaque jour plus nombreuse.

Les montants à charge de la collectivité sont également en hausse, en raison du coût de la technologie toujours plus sophistiquée ainsi que de la gestion libérale des industries intéressées à la santé. On incrimine également la surconsommation des usagers ou la surprescription des soignants. La pertinence et la qualité des soins ne sont ouvertement mises en cause que depuis peu, et ce davantage dans l'optique d'un contrôle budgétaire que dans celui d'un emploi optimal des moyens mis en oeuvre pour la santé des usagers. La hausse des coûts collectifs n'est pas, loin s'en faut, suivie par celle des recettes de la sécurité sociale, ébranlées par la baisse des cotisations liées aux revenus d'un emploi se faisant rare, cotisations elles-mêmes accusées de nuire à l'emploi en le grevant de charges le rendant non concurrentiel.

Dans ce contexte, la couverture

collective des soins de santé devient de plus en plus dépendante d'autres recettes et s'ouvre à des solutions privées. Solutions privées qui seront sans doute capables de perpétuer un système de soins efficace... mais pour qui ?

Demain : la privatisation des coûts de la santé est en marche. Déjà nombre de services sont réservés aux personnes acquittant une cotisation supplémentaire ou des primes auprès des mutuelles ou d'assureurs privés. Intéresser les usagers solvables, décourager les autres (renvoyés à un socle minimal de soins de base géré par la collectivité), contrôler les dépenses générées par les prescripteurs (managed care) et donc les soins dispensés seront les piliers d'une saine gestion.

Si l'adage d'une prise en charge solidaire des risques de santé était : « De chacun selon ses moyens et à chacun selon ses besoins », l'assuré social cotisant en fonction de ses revenus et bénéficiant des soins que son état de santé nécessite, la maxime de l'assurance-santé privée sera : « De chacun selon ses besoins, à chacun selon ses moyens », l'assuré privé décidant des primes qu'il acquittera selon les risques qu'il désire et peut couvrir et bénéficiant de soins au prorata de ce qu'il a assuré. L'accès aux soins risque, si cette évolution vers le privé n'est pas contrée ou solidement amendée, d'être de plus en plus malaisé et sélectif. La qualité des soins dispensés et la prise en charge de nouveaux besoins (assurance dépendance pour les personnes très âgées par exemple) dépendront exclusivement des montants engagés par l'utilisateur.

Autre menace sur la sécurité sociale susceptible de générer des inégalités d'accès aux soins : la scission entre

communautés flamandes et francophones. S'il est toujours pensable de rationaliser les dépenses, il sera plus difficile d'agir sur les recettes, celles des francophones étant de loin inférieures à celles des flamands : cette éventualité risque de précipiter l'évolution généralisée vers une médecine à deux vitesses si les facteurs correcteurs ne sont pas suffisants au niveau fédéral.

On le voit, l'accès aux soins est un problème d'essence politique, envisagé trop exclusivement sous ses aspects budgétaires alors qu'il est question d'un choix de société. Une raison de cette sous-estimation réside dans la discrétion des difficultés d'accès. Sur le terrain, seuls les soignants exerçant dans les poches où se concentre la pauvreté en ont une conscience aiguë et massive. Des poches de plus en plus grosses et coalescentes. Ailleurs, elle se cache, se tait, se dilue dans la charité ou démenage. Ci et là des micro-solidarités s'organisent, entraide de proximité, bourses aux médicaments...

C'est sur cette problématique de l'accès aux soins que s'axera le prochain cahier de Santé conjugué. Avec pour angle de vision : comment la difficulté d'accès est vécue et gérée par les usagers et par les soignants, quel avenir pour la (les) solidarité(s), comment maintenir des soins pertinents et de qualité pour tous ?

Bonne lecture



La commission Magritte

Jean-Michel Melis, médecin généraliste

•••••
Ceci n'est pas une vente de tapis

La Commission nationale médico-mutualiste est une aventure passionnante. On puise à la louche dans la marmite à milliards et on verse la soupe dans les sébiles tendues : 30 millions par-ci, 500 millions par là.

Toute l'intelligence de la discussion consiste à dépenser tout le budget disponible au franc près, en respectant les rapports de force en présence, et en évitant soigneusement de poser les questions interdites : priorités, qualité, coût/efficacité.

Un exemple : la première épure de budget déposée en réunion le 9 novembre prévoyait 550 millions pour la résonance magnétique nucléaire. Un doigt innocent se lève pour demander la destination de ces millions : les appareils, le personnel, les médecins ?

Silence dans la salle. Conciliabules. Réponses en sens divers et hop, un autre point du budget est abordé.

Plus tard dans la séance, une nouvelle proposition de budget sera présentée, dans lequel, surprise, le budget de la résonance magnétique nucléaire est redescendu miraculeusement à 250 millions.

Personne ne s'y attarde. Cette éminente assemblée à d'autres chats à fouetter. Les 300 millions ne sont pas « perdus », ils sont simplement utilisés ailleurs. Il n'y a donc pas de problème.

Quelqu'un peut-il m'expliquer la logique de cette affaire ?

Et dire que le confrère De Tœuf va partout en répétant inlassablement son credo : la solution aux problèmes du financement des soins de santé viendra en ramenant toutes les questions à la

Commission nationale médico-mutualiste et en rendant à celle-ci un pouvoir de décision étendu. Les médecins pourront faire alors d'après lui de « l'auto-régulation ».

Ils font cela depuis 30 ans, et on voit ce que cela donne !

de ces orphelins de la médecine spécialisée. Il fallait avoir entre 50 et 65 ans pour jouir du privilège d'être défini comme « groupe-cible » du dossier médical global.

Magnanimes, ils proposaient même d'étendre le groupe d'une année à la fois.



•••••
Ceci n'est pas une cible

Les pédiatres des Chambres syndicales refusent que les médecins généralistes gèrent le dossier médical global des enfants. Les gynécologues refusent la même chose pour les femmes entre 14 et 50 ans et les gériatres font de même pour les personnes de plus de 65 ans. Il ne reste donc plus que les patients entre 50 et 65 ans à ne pas avoir « leur » spécialiste. Dans leur immense bonté, les Chambres syndicales consentaient à ce que les généralistes tiennent le dossier

On pouvait donc raisonnablement espérer qu'en l'an 2080 l'ensemble de la population puisse bénéficier de la mesure...

Hommage soit rendu à l'honnêteté intellectuelle de monsieur Perl, président de la Commission, et à la fermeté des mutuelles pour que ce projet ridicule ne passe pas. Une autre définition du groupe-cible (tout patient de plus de 60 ans) s'obtint finalement à l'arraché, après des échanges très très durs entre les participants parce que les Chambres syndicales refusaient obstinément de

• La Commission Magritte • (suite) • • • • • • • • • •

modifier quoi que soit. Un moment donné une partie des dirigeants des Chambres s'était même levée pour quitter la séance en signe de refus.

Au lendemain de l'accord, le docteur Moens, président des Chambres syndicales, déclarait sa satisfaction : « Toutes les revendications des Chambres syndicales avaient été satisfaites »...

••••• **Ceci n'est pas de l'intoxication**

Lors de la réunion du 30 novembre de la Commission nationale médico-mutualiste, un accord avait été obtenu au sujet du dossier médical global, entre la Cartel et monsieur Perl, président de ladite Commission.

Échaudé par 30 ans de coups fourrés, le Cartel avait cependant exprimé clairement sa position : il ne marquerait son accord formel qu'après avoir vu un document **écrit** qui reprendrait explicitement et sans ambiguïtés les différents points développés oralement. Sage précaution oratoire. Le document remis le 4 décembre au Cartel ne correspondait que vaguement aux promesses formulées antérieurement. Un travail sémantique sur la formulation des différents points tentait de donner l'illusion qu'il s'agissait du dossier médical global, mais en réalité il soutenait l'idée de la méga-consultation chère à l'ABSyM* (ou d'un mini-examen de santé cher à la SSMG**, au choix).

Qu'à cela ne tienne. Dès le lendemain de cette réunion de novembre, la presse médicale claironnait qu'un accord avait

été obtenu. Le Medical News du 4 décembre titrait même avec un lapsus significatif sur un accord au sujet de l'examen médical global.

Ce forçage médiatique a été utilisé ensuite à la réunion du 15 décembre. Lorsque les fameux groupes-cibles ont été évoqués, les Chambres syndicales ont utilisé, entre autres, l'argument que l'information étant déjà parue dans la presse, il était impossible de revenir là-dessus.

Nous connaissons déjà les labels « Vu à la télé ». Les Chambres syndicales vont-elles bientôt publier toutes leurs propositions avec le label « Parus dans la presse » pour clore les débats avant même de les ouvrir ?

••••• **Ceci n'est pas une assurance**

Pendant que la Commission s'agite, les mutualités chrétiennes se promènent partout avec leur proposition d'assurance complémentaire hospitalisation solidaire. Vous avez dit « assurance solidaire » ? Solidarité de qui avec qui ? Des pauvres avec les riches ?

A la fin des années 80 nous avons déjà eu des contacts épistolaires avec les mutualités chrétiennes au sujet de leur refus de rembourser les attestations de soins aux guichets de leurs bureaux. Arguant de prétendues raisons de sécurité, ils avaient décidé de rembourser les patients par versement bancaire uniquement. Outre le fait que beaucoup de patients défavorisés n'ont pas de compte en banque du tout, le délai de

paiement pose un problème immédiat car les gens ont besoin du remboursement de l'attestation pour pouvoir acheter les médicaments.

Rien n'y fit et les mutualités chrétiennes ont maintenu leur décision. Il s'agit en effet d'une technique imparable pour inciter les affiliés défavorisés à changer de mutuelle.

Les chrétiens se préparent donc à la responsabilisation financière depuis quelques années déjà en sélectionnant les risques. Ils cultivent les affiliés jeunes, riches et en bonne santé.

Et maintenant, ils viennent parler d'assurance « solidaire » !

Les voies de la solidarité chrétienne sont impénétrables.

* ABSyM : Association belge des syndicats médicaux.

** SSMG : Société scientifique de médecine générale.

Kinésithérapie : des études en pleine transformation

Brigitte Poulet, kinésithérapeute

La réforme des études de kinésithérapie bat son plein ! On serait en droit de soupirer de soulagement : « Ouf, ce n'est pas trop tôt ! ».

Etat des lieux

Nos études présentent jusqu'à aujourd'hui cette bizarrerie : les écoles supérieures forment en trois ans des *gradués* en kinésithérapie et les universités en quatre ans des *licenciés* en kinésithérapie. Les uns et les autres exercent ensuite exactement la même profession et dans les mêmes conditions, les premiers de manière plus « pratique » et les seconds de manière plus « scientifique » (puisque l'on vous le dit !). La kinésithérapie évolue énormément. Elle investit sans cesse de nouveaux champs d'application et diverses techniques se développent en parallèle. Il y a actuellement vingt quatre mille kinésithérapeutes exerçant en Belgique soit un pour trois cent soixante habitants !

La LEK (Loi sur l'exercice de la kinésithérapie) votée récemment après un mauvais feuilleton politico-juridique qui a duré quelques années nous promeut « praticiens de l'art de guérir », nous faisant accéder ainsi à la sphère médicale (avant, nous étions dans l'antichambre paramédicale). Pour ce faire, la LEK rend obligatoires quatre années d'études qui conféreront le titre de licencié. Belle occasion d'harmoniser les deux filières et de dépoussiérer des programmes scolaires un peu trop basiques si pas obsolètes.

Comme des vides dans les contenus de l'enseignement...

On aurait souhaité voir s'estomper la différence entre gradués et licenciés... Les premiers deviendront « licenciés en kinésithérapie » et les seconds seront « licenciés en kinésithérapie et revalidation motrice ».

Une quatrième année est ajoutée au graduat. Comme souvent, la réforme se fait dans la précipitation. Les programmes n'ont pas encore pu être adaptés. Résultat des courses, dans les « Hautes Ecoles », on risque d'étaler sur quatre ans ce qu'on enseignait en trois ans ! Et pourtant, ce n'est pas la matière qui manque ! Pour faire simple, la Flandre a, quant à elle, prolongé l'actuelle licence d'une cinquième année !

Les programmes des écoles de kinésithérapie évoluent bien plus lentement que la profession et nécessiteraient une refonte complète. Il y a à foison des méthodes, des techniques intéressantes et efficaces, pourquoi ne les enseigne-t-on pas à l'école ou, pire, pourquoi les enseigne-t-on mal ? Car, enfin, de quoi étions nous capables en sortant de l'école et de quoi sont capables aujourd'hui les stagiaires supervisés par certains d'entre nous ?

Pour affronter ce problème, il faudrait peut-être s'attaquer à la question des recyclages, plus exactement au marché des recyclages. Les kinésithérapeutes en sont friands vu le peu d'outils dont ils disposent en sortant de l'école. Sont proposées les formations les plus intéressantes aussi bien que les plus nulles et tout ceci à des prix très variés !

Il faudrait introduire un certain contrôle dans ce marché, négocier l'entrée de certaines méthodes dans l'enseignement... et engager des enseignants capables de les appliquer et de les transmettre.

Faut-il garder une différence entre l'enseignement universitaire et l'autre ? La spécificité de l'enseignement universitaire est son orientation plus scientifique. Les étudiants y sont intéressés au questionnement et à la recherche. On y est plus exigeant sur la qualité du mémoire. A part cela, l'enseignement universitaire est-il réellement meilleur que l'autre ? Les avis sont partagés.

Pourquoi ne pas créer une cinquième année post-licence à l'université ? Encore une fois, ce n'est pas la matière qui manque. Pourquoi n'en ferait-on pas une année de spécialisation avec différentes options et accessible à tout licencié ?

L'accès aux études et à la profession

Le principe du *numerus clausus* a été adopté en Conseil des ministres. Au niveau fédéral, la mise en application du *numerus clausus* va se traduire par la limitation du nombre de kinésithérapeutes agréés (c'est-à-dire ayant un numéro attribué par l'INAMI et autorisant le remboursement des prestations) chaque année : 180 en Wallonie (au lieu de 520) et 270 en Flandre. Ceci sera appliqué aux étudiants qui termineront en 2003 (rentrée 09/1999).

Aux Communautés de limiter ou non les inscriptions. En Flandre, le Ministère de

• Kinésithérapie : des études en pleine transformation (suite)

L'Enseignement parle d'organiser un examen d'entrée. Rien de tel en Communauté française.

Si rien n'est fait, que deviendront les nouveaux diplômés non agréés ? Leurs prestations ne seront pas remboursées aux patients... Dans les meilleurs cas, ils travailleront dans un centre sportif ou un institut de beauté ou continueront à étudier (l'ostéopathie par exemple). S'ils sont fortunés, ils pourront toujours s'équiper et se spécialiser en endermologie*... Et s'ils ne sont ni fortunés ni chanceux, ils pourront peut-être « faire le nègre » chez un kinésithérapeute agréé ou brader les séances pour ne pas « trop » pénaliser leurs patients... ou s'inscrire comme demandeurs d'emploi. Quant à savoir qui seront les heureux agréés, c'est jusqu'à présent un mystère.

N'aurait-il pas mieux valu revaloriser les honoraires et limiter de façon plus drastique le nombre de prestations par jour, de façon à répartir le travail et à donner à tous les moyens d'exercer correctement ?

Pourquoi ne pas instaurer aussi une formation continuée (les kinésithérapeutes sont très demandeurs) et revaloriser les remboursements des séances prestées par des kinésithérapeutes recyclés, comme cela se fait chez les médecins ?

Enfin, le numerus clausus est peut-être nécessaire, mais il y a la manière... Un examen d'entrée ? Qui porterait sur quelles matières ? Dans notre métier, les contacts manuels et sociaux sont très

importants, autant que les connaissances intellectuelles.

Un examen éliminatoire après la première année d'étude ? Avec l'obligation de réussir les deux premières années de l'enseignement supérieur en trois ans, cela hypothéquerait lourdement



la réorientation de ceux qui seraient exclus.

Un examen d'entrée inspiré de celui organisé par l'INSAS** nous paraît une solution honnête : les aptitudes des candidats étudiants seraient testées par un collège de professeurs à l'issue d'une mini-formation de quinze jours par exemple.

Mais il existe sans doute de bonnes raisons de ne pas organiser un examen d'entrée. Eliminer les candidats avant d'entamer les études, cela signifie réductions de subsides, ré-amaigrissement du corps professoral, voire re-fusion d'établissements. Difficile d'imposer une nouvelle purge aux écoles de l'enseignement supérieur. Demandons-nous aussi comment fonctionneraient certains services hospitaliers avec deux tiers de stagiaires en moins.

Pauvres kinésithérapeutes ! Mais au-delà des difficultés qui menacent les kinésithérapeutes aujourd'hui se cache peut-être une menace plus grande... ne sommes-nous pas en route vers le non remboursement des soins de kinésithérapie ?

*Endermologie : technique à la mode permettant de réaliser à l'aide de machines coûteuses et sophistiquées nombre d'actes de kinésithérapie habituellement exécutés « à la main ». L'endermologie n'est évidemment accessible qu'aux kinésithérapeutes aisés et aux patients fortunés.

** INSAS : Institut national supérieur des arts et du spectacle

Colloque sur la santé communautaire à Bruxelles

Jacques Morel, médecin généraliste

Avec ce colloque suivi d'une journée d'ateliers, l'asbl « Santé, Communauté, Participation » voulait initier une démarche de construction du concept de travail communautaire dans le champ de la santé. La proposition a été entendue et le nombre important de participants confirme l'engouement croissant des intervenants pour une démarche communautaire. Les trois cent quatre-vingt personnes présentes se recrutaient dans tous les champs de la santé mais aussi de l'action sociale et des milieux éducatifs.

Les responsables politiques compétents en promotion de la santé ont souligné leur intérêt pour cette démarche, mettant en avant le nouveau cadre législatif de la Communauté française en la matière et la volonté politique régionale de développer un programme Bruxelles Ville-Santé.

Le colloque a apporté l'éclairage d'experts sur des questions centrales du travail communautaire, mais il s'est appuyé aussi sur la relation d'expériences de terrain nombreuses en Belgique et à l'étranger.

Le québécois Michel O'Neill, évaluateur des projets Villes et villages en santé depuis de nombreuses années, a dessiné les contours du concept d'intersectorialité et de sa mise en œuvre. Les acteurs de santé ont souvent tendance à en banaliser les difficultés de réalisation.

La démarche n'en n'est pas moins pertinente pour autant que les différences et spécificités des acteurs soient explicitées et surtout que l'intérêt à collaborer soit correctement évalué voir négocié.

Le français Claude Jacquier, chercheur au CNRS (Centre national de recherches scientifiques) et ancien élu de la ville de

Grenoble recadrerait l'action communautaire dans la perspective du développement social, mettant en exergue la participation citoyenne de la population et la responsabilité de l'acteur politique.

Dès lors qu'il s'agit de travailler sur les déterminants globaux, et particulièrement sociaux, de la santé, un grand nombre d'acteurs de la vie sociale ont à se reconnaître comme des acteurs de santé. C'est dans cette mesure que les pratiques communautaires peuvent contribuer à produire de la santé.

Le succès ces journées est encourageant dans cette perspective aussi.

La participation a été au centre de ces journées. Elle est pointée comme une des spécificités des démarches communautaires. Plusieurs niveaux de participation ont été soulignés, de la consommation « éclairée » à la cogestion. Présentée comme une dynamique certes complexe à mettre en place mais susceptible de faire de l'action communautaire un levier de changement social, la participation des populations concernées se heurte au conservatisme et paraît rivaliser avec les modalités de représentation démocratique. Le modèle reste « contre culturel ».

Comme l'ont évoqué plusieurs orateurs, les valeurs idéologiques et référentielles qui sous-tendent la démarche de participation en seront les pilotes et permettront d'en prévoir la qualité des résultats ou d'en dénoncer la perversité. De même, plusieurs ont finalisé l'action communautaire comme un outil au service du développement des communautés et de leur qualité de vie.

La journée s'est terminée par un appel aux participants à se manifester quant à la création d'un réseau de la santé communautaire qui entretienne les échanges d'informations sur le sujet, répertorie les programmes et actions, voire réponde à un certain nombre de besoins des acteurs.

De nombreuses fiches sont parvenues au secrétariat depuis lors. Il est toujours possible de se manifester en prenant contact avec :

Santé, Communauté, Participation :
Téléphone : 32 2 514 40 14
Fax: 32 2 514 40 04
Email : sacopar@fmm.be



Le bilan biologique de base : un examen inutile ?

Michel Roland, médecin généraliste et Marc Jamouille, médecin généraliste

.....

« Docteur, je ne me plains absolument de rien concernant ma santé. Vous m'avez bien interrogé et examiné complètement sans rien trouver d'inquiétant, mais pour être tout à fait sûr, j'aimerais que vous me fassiez une prise de sang qui me rassurerait totalement sur mon absence de maladie ».

.....

Cette demande est-elle justifiée ? Des analyses de sang faites dans ces conditions ajoutent-elles quelque chose à l'anamnèse et à l'examen physique ? Montrent-elles même un intérêt quelconque ? Une analyse critique des principes du dépistage associée à quelques notions élémentaires de statistique permettent de répondre « non » à ces trois questions et d'éliminer de notre routine la prise de sang systématique. Le raisonnement sous-jacent constitue une démarche d'assurance de qualité, d'optimisation de la décision dans l'incertitude, dans la mesure où elle aboutit à proposer une ligne de conduite : « Un patient qui consulte pour un dépistage, qui n'a pas d'antécédent familial, pas de facteur de risque ni de plainte spécifique, et dont l'examen clinique est négatif peut être rassuré et être dissuadé de procéder à un bilan biologique complémentaire. En cas de résultat anormal, celui-ci témoignerait le plus probablement d'un statut de faux positif avec tous les risques habituels (humains et financiers) d'investigations inutiles ».

1. Prescription des tests : principes et concepts généraux

.....

Décision dans l'incertitude

Le débat de savoir si la médecine est une science exacte ou une science humaine est probablement dépassé par la progression de nos connaissances dans ces deux domaines, qui imposent comme évidence la coexistence sinon la complémentarité des différentes approches des problèmes qui intéressent l'humain. L'homme étant par essence imprévisible, tribut de son libre arbitre, l'approche de l'humain doit être probabiliste en fonction d'une préalable analyse contextuelle. La décision médicale est un choix raisonné et explicite, dont la détermination est aussi largement psychologique et implicite, dans un contexte d'incertitude de logique Bayésienne. Elle est donc à la fois statistique et subjective. C'est l'aspect mathématique qui peut être raisonné.

.....

Caractéristiques d'un test et importance de la prévalence

Le concept fondamental de test définit toute procédure à visée décisive permettant de confronter un fait clinique à une hypothèse diagnostique. Il réfère donc à toutes les interventions d'élucidation telles les examens de biologie clinique, mais aussi anamnèse, examen physique, imagerie, examens para-cliniques, test thérapeutique, combinaison de plusieurs des précédents ou... abstention.

Les caractéristiques classiques d'un test sont sa sensibilité (proportion de tests positifs parmi la sous-population atteinte) et sa spécificité (proportion de tests négatifs parmi la sous-population indemne). Un test à haute sensibilité ne laissera échapper que peu de patients atteints mais faussement négatifs ; un test à haute spécificité ne diagnostiquera que peu de patients indemnes mais faussement positifs. La combinaison des deux paramètres donne la puissance du test.

	Maladie présente M+	Maladie absente M-	Total
Test positif T+	A	B	A+B
Test négatif T-	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	A+B+C+D

Sensibilité (Sp) = A/A+C	Spécificité (Se) = D/B+D
Vrais positifs (VP) = A	Faux positifs (FP) = B
Vrais négatifs (VN) = D	Faux négatifs (FN) = C

Tableau 1 : Paramètres caractéristiques d'un test

Ce qui intéresse par contre beaucoup plus le clinicien, ce sont deux autres caractéristiques moins souvent citées : la valeur prédictive positive (proportion de patients atteints parmi la sous-population des tests positifs : combien de chances un patient a-t-il d'être vraiment malade si son test est positif ?) et la valeur prédictive négative (proportion de patients indemnes parmi la sous-population des tests négatifs : combien de chances un patient a-t-il d'être vraiment indemne si son test est négatif ?).

Valeur prédictive positive (VPP)
= A/A+B

Valeur prédictive négative (VPN)
= D/C+D

Le médecin spécialiste prend en charge des populations où, si les filières de soins ont été correctement réalisées c'est-à-dire si la population qui s'adresse à son niveau est bien celle qui doit s'y adresser, la prévalence relative des problèmes de santé est élevée. Par prévalence d'une maladie, on entend le nombre d'individus d'une population définie atteints par cette maladie à un moment précis ; il s'agit donc bien de la prévalence de la maladie et non de celle du test positif.

Prévalence (P) = A+C/A+B+C+D

Le médecin généraliste, par contre, a affaire par définition à des populations du tout venant, non sélectionnées, où la prévalence des problèmes de santé qui sont présentés est basse. Il lui revient donc par son sens clinique (anamnèse et examen physique) d'augmenter celle-ci dans des sous-populations suspectes bien circonscrites avant d'effectuer les tests décisifs ou d'organiser la référence au

spécialiste (accès sélectif). Son rôle est de gérer l'incertitude en limitant les risques pour une prise en charge optimale du patient. Dans la mesure où le contact entre le patient et le médecin de famille est un test en soi, on peut dire que celui-ci devra être très sensible tout en maintenant une bonne spécificité et que le médecin spécialiste devra être très spécifique sans pour autant négliger la sensibilité.

Cette situation implique que les mêmes tests pratiqués dans l'une ou l'autre des deux populations amèneront des résultats tout à fait différents, témoins de la différence des prévalences.

	M +	M -	Total
T +	9.500	4.500	14.000
T -	500	85.500	86.000
Total	10.000	90.000	100.000

P = 0,1 (10 %)
Se = Sp = 0,95 (95 %)
VPP = 9500/14000 = 0,68 (68 %)

Tableau 2
Test dans une population à haute prévalence

	M +	M -	Total
T +	950	4.950	5.900
T -	50	94.050	94.100
Total	1.000	99.000	100.000

P = 0,01 (1 %)
Se = Sp = 0,95 (95 %)
VPP = 950/5900 = 0,16 (16 %)

Tableau 3
Test dans une population à basse prévalence

••••• Niveaux primaire et secondaire : sélection et ciblage

Les données précédentes relatives aux tests, de même que la finalité des objectifs des niveaux primaire et secondaire impliquent des attitudes différentes dans la prescription des examens de laboratoire.

Le niveau secondaire qui traite théoriquement une population sélectionnée à haute prévalence des problèmes de santé devra poser des diagnostics précis et donc préférer plutôt les tests à haute spécificité, pour ne pas avaliser trop de faux positifs. Cette démarche surviendra après l'application de tests à haute sensibilité.

Le niveau primaire qui traite théoriquement une population non sélectionnée à basse prévalence des problèmes de santé devra rater le moins de malades possible et donc s'efforcer d'augmenter la prévalence de la population dans laquelle on demande des examens de laboratoire (« sens clinique ») pour opérer une première sélection, et ensuite préférer plutôt les tests à haute sensibilité pour ne pas écarter trop de faux négatifs. La nécessité d'une bonne anamnèse et du sens clinique dans l'orientation puis dans la prescription des tests n'est donc pas seulement importante « pour l'art ». Elle témoigne de l'importance du ciblage de première intention qui transforme une population du tout venant ou à faible risque en population à haut risque en fonction de certains critères (cliniques, familiaux, psychosociaux, culturels etc.).

Les mesures de dépistage s'appliquent en particulier à la population du tout

• Le bilan biologique de base : un examen inutile ? • (suite)

venant et constituent la prévention secondaire systématique. Celle-ci implique donc intrinsèquement la notion d'absence de signes cliniques et de facteurs de risque dans la population dépistée. A partir du moment où certains signes cliniques ou certains facteurs de risque sont identifiés, il ne s'agit plus de dépistage de masse, mais d'attitudes standardisées pour des populations ciblées (prévention secondaire spécifique ou diagnostic précoce).

malade qu'un malade pour un bien portant ». Une autre façon d'exprimer la même chose est de dire que pour la loi « tout homme est innocent tant que sa culpabilité n'est pas prouvée », alors que pour la médecine « un patient doit a priori faire la preuve de son état de non-malade ».

La statistique a mis en forme mathématique ces deux types d'erreur. Celle de première espèce (erreur ou

malades, ainsi qu'une explosion des coûts des moyens diagnostiques. Mais cette attitude traditionnelle permet au médecin d'exorciser l'angoisse de l'incertitude en assimilant de manière univoque obligation des moyens (qualité des processus) à obligation (qualité des résultats), tout en préservant son image de bon docteur qui ne rate aucun diagnostic... mais parfois à quel prix!

• • • • • Les risques des risques

L'erreur que la médecine cherche donc d'habitude à éviter au maximum en réalisant un test est celle de type 1 : réduire les faux négatifs. Avaliser un faux négatif comporte effectivement certains risques :

- pour le patient : dans un premier temps, être rassuré faussement et différer une consultation potentielle ultérieure, par la suite perdre confiance dans le système médical en général, dans son médecin en particulier ;
- pour le médecin : devoir gérer une erreur de diagnostic et assumer la culpabilité qui en découle.

Les risques inhérents à l'erreur de type 2, diagnostiquer un faux positif, ne sont cependant pas moindres, bien au contraire. Il y a bien sûr tout l'enchaînement diagnostique et même parfois thérapeutique qui en découlera, avec tout son cortège iatrogène. Mais il y a plus. Hellström a clairement montré le dilemme qui se pose à tout homme, malade potentiel, qui consulte son médecin. En intégrant les notions de santé/maladie subjective/objective (mieux rendues en anglais par les termes « illness » ou maladie ressentie par le

	Hypothèse vraie = M +	Hypothèse fausse = M -
Non rejet de l'hypothèse = T +	1 - α	β (erreur type 2)
Rejet de l'hypothèse = T -	α (erreur type 1)	1 - β
Total	1	1

Tableau 4 : Le test d'hypothèse

• • • • • Le paradigme dominant de la décision médicale

Les professionnels d'une discipline spécifique sont fréquemment confrontés à l'incertitude des choix à poser dans la routine de leur pratique. Dans ces circonstances, des normes décisionnelles existent, dont le but est d'éviter la paralysie due à l'hésitation et de pouvoir se référer à un consensus établi. L'analyse attentive des professions médicale et juridique montre que de telles normes y existent, mais qu'elles sont diamétralement opposées. On peut dire d'une façon abrupte qu'en regard de la loi « mieux vaut dix coupables en liberté qu'un seul innocent en prison », tandis que pour la médecine « il vaut mieux prendre un bien portant pour un

risque alpha de type 1) consiste à rejeter une hypothèse vraie et est considérée comme la plus importante. Celle de deuxième espèce (erreur ou risque bêta de type 2) consiste à l'inverse à accepter une hypothèse fausse et est considérée comme la moins importante. L'hypothèse correspond ici à la présence de la maladie (M+), la négation de l'hypothèse à l'absence de la maladie (M-), la positivité du test (T+) au non rejet de l'hypothèse, et la négativité du test (T-) au rejet de l'hypothèse.

Il n'est pas évident ou inéluctable que la norme décisionnelle en médecine doive être plutôt l'erreur de type 1. Celle-ci induit en effet une multiplication d'examen irracionnels, une anxiété non justifiée chez de nombreux patients non

malade, « disease » ou maladie diagnostiquée par le médecin, et même « sickness » ou perception et retentissement de la maladie dans le milieu social), il décrit quatre formes différentes de perception qui s'expriment de manière bien distincte durant les rencontres médecin/patient. Construisant un tableau à 2 x 2 entrées, il le décrit « comme un effort pour représenter graphiquement les relations de qui se sent ou ne se sent pas malade, et de qui l'est réellement ou ne l'est pas ».

état morbide réel (vrais positifs). Par contre, les faux positifs lors du même examen vont passer dans la case IV, y rejoignant certains patients des groupes I et II, trop sensibles ou souffrant d'une médecine préventive trop agressive, ainsi que les hypocondriaques.

Ce groupe IV est le témoin de la sur-médicalisation de l'anxiété dans nos sociétés post-industrielles. Ces patients sont les victimes de la croissance sauvage de l'activité médicale, souvent

contre celle des dispensateurs. Mettre en place les mécanismes qui tendent à contrôler ces faits pervers et qui établissent un rétrocontrôle sur l'activité médicale pourrait s'appeler « Prévention quaternaire ». Cette forme de prévention devra devenir progressivement un des défis à relever par la médecine de demain, un nouveau critère de qualité.

Les médecins de famille et les spécialistes ont en fait une approche très différente de la case IV. La compétence du spécialiste est surtout mesurée par son habilité à placer des patients dans la case III, et c'est d'ailleurs là son rôle et la base de sa formation. Mais le risque est grand de voir (se) précipiter la population dans un « jeu » médical, le « Médical Flipper » de Jean Carpentier. A la base de la pyramide des soins par contre, le temps travaille pour le médecin généraliste : longitudinalité, globalité et relation de confiance sont ses outils du quotidien. Sa tâche est de maintenir le plus longtemps possible ses patients dans l'idéale case I (et encore... que serait la santé sans la maladie ?), d'utiliser la case II à bon escient pour ne faire aboutir en case III que ceux dont c'est vraiment la place (ni plus ni moins), et surtout d'éviter la case IV. La répartition optimale des quatre cases dépend d'une collaboration étroite entre médecin de famille et médecin spécialiste pour balancer sensibilité et spécificité de façon optimale et au bon moment. Leurs interventions doivent donc être sélectives et différées dans le temps (accès raisonné dans la filière des soins).

Les cases I, II et III proposées sont parfaitement compatibles avec les définitions du champ préventif (préventions primaire, secondaire et tertiaire). Il nous a donc semblé logique

	Maladie absente	Maladie présente
Bonne santé ressentie par le patient	Champ I	Champ II
Maladie ressentie par le patient	Champ IV	Champ III

Tableau 5 : Les quatre dimensions de la rencontre médecin/patient

A partir d'un raisonnement semblable, l'un de nous proposa il y a quelques années un tableau similaire mettant en relation et en tension la connaissance du médecin (son diagnostic scientifique, « disease ») et la perception du patient (sa conscience de soi, « illness ») croisant en quelque sorte science et conscience.

Les patients qui se trouvent heureusement dans la case I ne sont pas et ne se sentent pas malades. Ils ne sont cependant pas nécessairement en dehors du champ des soins de santé : ils bénéficient, par exemple, des vaccinations ou des campagnes d'éducation et de promotion de la santé. Ceux de la case II qui sont diagnostiqués comme positifs lors d'un test de dépistage, passent brutalement dans la case III avec la prise de conscience d'un

sur des seules bases économiques ou bio-médicales pures. Jules Romain décrivait déjà en 1924 les dangers de la médecine toute puissante, et l'on peut affirmer qu'aujourd'hui, avec les progrès mais aussi les mirages de la médecine scientifique, un docteur Knock sommeille dans chacun d'entre nous. La rencontre conflictuelle de l'angoisse du « Malade Imaginaire » de Molière et de celle du « Docteur Knock » de Jules Romain peut se résoudre potentiellement pour l'heure par une hyperproduction de procédures bio-technologiques exhaustives, une dysrégulation spontanée qui satisfait les deux acteurs en présence - mais avec tout son lot de faux positifs. Comme le notait déjà Ivan Illich, la médecine peut être dangereuse pour les patients, et les populations ont aussi à être protégées contre leur anxiété et

• Le bilan biologique de base : un examen inutile ?
 • (suite)
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •

de tenter de fournir une définition pour la prévention quaternaire : « Action menée pour identifier un individu ou une population à risque de surmédicalisation, les protéger d'interventions médicales invasives, et leur proposer des procédures scientifiquement et éthiquement acceptables ». C'est la prise en compte de la case IV et de la prévention quaternaire qui amène surtout à considérer le bilan biologique de base non raisonné comme inutile - et potentiellement même dangereux.

hypothèse. Il faudrait toujours a priori pouvoir expliciter qu'en demandant tel test, on cherche à identifier tel problème et qu'en cas de positivité ou de négativité du test, l'attitude qui s'ensuivra sera définie de telle ou telle façon. Bien entendu, il s'agit d'un standard destiné à servir de guide à la pratique, et non d'une attitude rigide qui se heurte d'ailleurs souvent à la réalité du contact avec les patients et à leurs demandes irrationnelles, mais aussi à l'angoisse du médecin.

définition de la normalité implique bien que 5 % des individus normaux sont situés en dehors des normes en fonction du hasard des mesures et de la définition statistique de la normalité (95 % de la population). Ceci signifie aussi que la réalisation de vingt tests chez un individu normal ramènera en moyenne un résultat anormal (c'est la normalité des vingt tests qui serait statistiquement anormale), à l'approximation que ceux-ci ne sont pas toujours indépendants. Si pour élucider ce test anormal, on relance une batterie de vingt autres tests, on retrouvera statistiquement un de ceux-ci anormaux, etc. C'est le syndrome d'Ulysse qui s'éloignant du droit chemin en revenant de Troie, se trouva engagé dans des aventures de plus en plus périlleuses les unes que les autres.

Point donc de tests sans une orientation préalable et sans un minimum de bon sens dans l'interprétation de leurs résultats.

•••••
Nécessité d'une hypothèse de travail

Idéalement, une analyse, de biologie clinique ou autre, devrait toujours être demandée avec un objectif, une

•••••
Concept de normalité

Le normal est défini de manière statistique et probabiliste : la zone où se retrouvent 95 % des individus normaux (courbe en cloche gaussienne). La

•••••
Aspect anthropologique

Un test, quel qu'il soit, véhicule toujours avec lui une image particulière issue de la culture dans laquelle il est et il a été pratiqué tout autant que de l'histoire du patient qui le subit. La prise de sang et son cérémonial, de même que la vue du sang dans les tubes suscitent chez nos patients des attitudes typiques dont le symbolisme ne peut nous échapper. L'aspect mytho-magique de la ponction veineuse (« prise de sang ») est parfois son seul fondement opérationnel. « C'est pour enlever le mauvais », répondit un malade déficient mental à son médecin qui insistait pour savoir la raison de cette prise de sang exigée absolument. La compréhension des mécanismes

<p>Prévention primaire</p> <p><i>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).</i></p>	<p>Prévention secondaire</p> <p><i>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).</i></p>
<p>Prévention quaternaire</p> <p><i>action menée pour identifier un individu ou une population à risque de surmédicalisation, les protéger d'interventions médicales invasives, et leur proposer des procédures scientifiquement et éthiquement acceptables.</i></p>	<p>Prévention tertiaire</p> <p><i>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.</i></p>

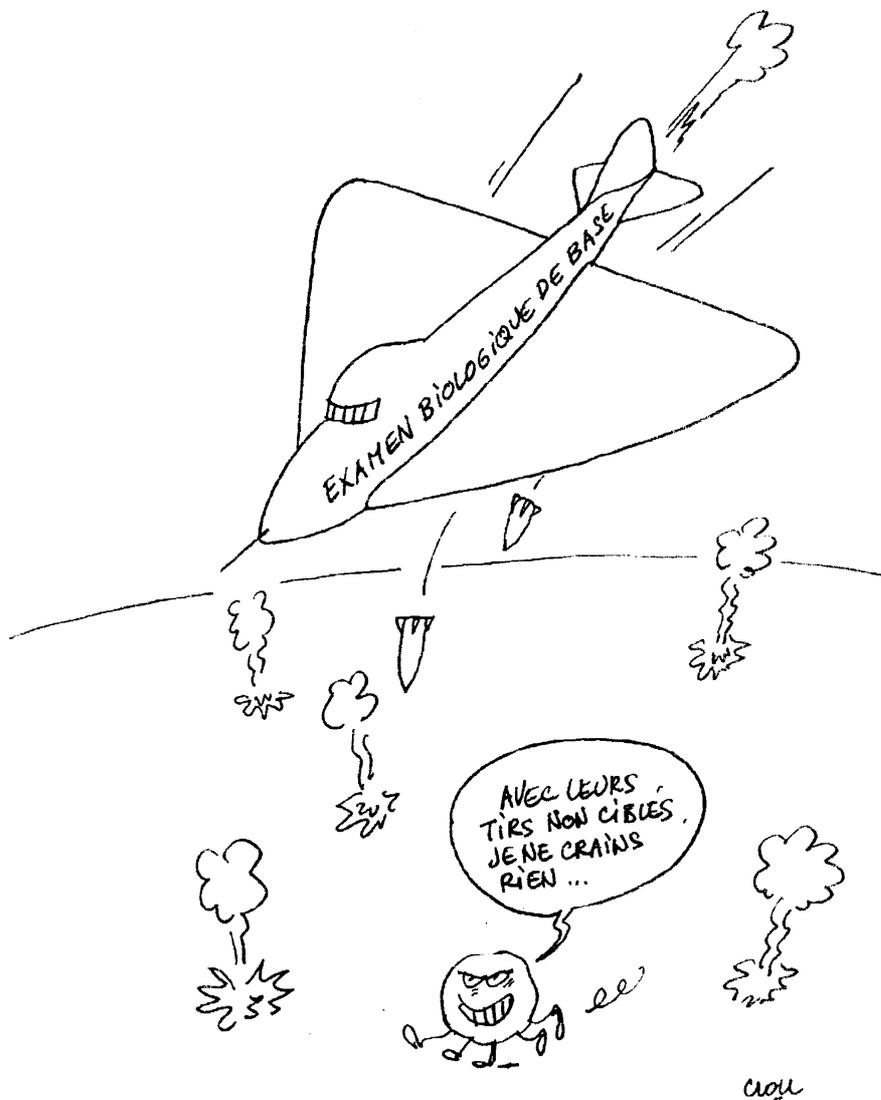
Tableau 6 : Les quatre formes de la prévention

psychologiques conjuratoires liés à cet acte symbolique est indispensable à la maîtrise de l'événement par le thérapeute. La réponse à l'angoisse médicalisée du patient peut alors être réorientée de façon plus rationnelle. Le patient a besoin de se raccrocher à une certitude et donc provoque le médecin dans ce sens en ne lui laissant pas le choix ni même parfois la possibilité d'exprimer un doute. Le médecin, lui, supporte parfois mal d'être celui qui doit toujours décider dans l'incertitude et se rassure lui-même de s'entendre dire : « tout va bien, il n'y a rien dans votre prise de sang », comme si le « rien » en maladie se transformait en un « tout » en santé.

2. Les examens de dépistage

••••• La médecine basée sur la preuve (« Evidence-Based Medicine »)

Trop souvent les stratégies et les décisions diagnostiques et thérapeutiques, curatives et préventives des médecins sont basées sur leur expérience pratique antérieure, sur des attitudes apprises et reproduites depuis leurs études, sur des discussions avec des pairs ou des spécialistes, sur des lectures de livres généraux ou d'articles de périodiques pas toujours validés à une large échelle. En découle un modèle de pratique basée sur l'expérience (« Experience-Based Medicine ») largement individuel, inscrit dans un contexte quasi culturel, témoin essentiellement de l'histoire personnelle du thérapeute, avec ses éléments



objectifs et subjectifs, ses succès et ses échecs personnels.

Une autre légitimation peut expliquer et justifier la décision médicale, sans toutefois vraiment la valider : le raisonnement théorique, en général physiopathologique. Un processus diagnostique ou thérapeutique trouve son fondement dans des bases logiques et un raisonnement scientifique de type cause-effet. Cette forme de validation théorique a priori pourrait se définir comme « Theory-Based Medicine ».

Depuis longtemps des voix s'élèvent pour réclamer plus de rigueur et pour

fonder la décision médicale sur des données validées à grande échelle et issues de sources fiables. En 1972 déjà, Archie Cochrane soulignait l'importance d'une argumentation basée sur des essais cliniques randomisés en tant que fondement rationnel pour toute l'organisation de la médecine. Par la suite naquirent des « Centres Cochrane » dans le monde entier, dont l'objectif premier est la revue critique de la littérature médicale. Cette approche s'est concrétisée dans le courant qui a défini lui-même son paradigme dominant comme la preuve par la praxis (« Evidence-Based Medicine ») : « La médecine basée sur les preuves est un

• Le bilan biologique de base : un examen inutile ? • (suite)

processus qui convertit les problèmes cliniques en questions, puis systématise la répartition, l'évaluation et l'utilisation de recherches contemporaines pour fonder les décisions cliniques ».

La médecine basée sur la preuve a entraîné d'innombrables discussions, parfois violentes, entre ceux qui estiment qu'il s'agit véritablement d'une révolution paradigmatique et ceux qui pensent qu'il ne s'agit que d'un néologisme appartenant à un nouveau jargon pour désigner les règles de la décision informée. Le débat est probablement vain. De manière syncrétique et nuancée, ce courant peut être considéré non comme un modèle ou une pensée globale, mais comme une base solide quoiqu'insuffisante pour l'exercice de la médecine, un cadre suffisamment vaste et rigoureux pour accueillir et intégrer toutes les dimensions de la rencontre patient-médecin : une « Clinical Practice-Based Medicine ».

••••• Quand faut-il dépister ?

Le dépistage systématique concerne par définition des populations sans facteur de risque et non ciblées, sauf éventuellement par l'âge et le sexe. Il s'agit de prévention secondaire qui consiste à diagnostiquer dans la population générale un problème de santé présent, mais à un stade infra-clinique : dépistage de masse. Pour être recommandée, une intervention de dépistage (ici un test de biologie clinique) doit répondre à un certain nombre de conditions :

- la maladie dépistée doit être fréquente, c'est-à-dire que son incidence et/ou sa prévalence doivent être suffisamment élevées pour justifier le dépistage en tenant compte des coûts (matériels et humains, en ce compris l'impact anxiogène des faux positifs et la réassurance injustifiée des faux négatifs) ;
- elle doit être grave, c'est-à-dire avoir un effet significatif sur la quantité (mortalité) et la qualité (morbidité) de vie ;
- elle doit être clairement distincte de la normalité. Son cours doit être connu et son stade pré-symptomatique bien défini par rapport au stade clinique ;
- le traitement au stade pré-symptomatique doit réduire la mortalité et la morbidité de façon plus marquée que le traitement après l'apparition des symptômes ;
- la maladie doit être traitable et contrôlable en tant que phénomène de masse ;
- toutes les facilités de diagnostic et de traitement des sujets positifs au test de dépistage doivent être disponibles ;
- le programme de dépistage ne sera mis en place qu'après avoir examiné les autres priorités sanitaires dont la réalisation entraînerait un coût identique à celui de ce programme.

••••• Le dépistage dans la pratique clinique

En ce qui concerne sa pratique préventive, le problème essentiel du médecin confronté à la charge et aux nécessités quotidiennes du curatif est de

ne procéder qu'à des stratégies d'intervention dont l'utilité et la validité ont été bien démontrées. L'« Evidence-Based Medicine » est venue formaliser, préciser et légitimer une série de méthodes utilisées depuis longtemps par une série de cliniciens-chercheurs en médecine de famille attachés à ce gigantesque travail de validation.

Le médecin clinicien, au delà des recherches et des entreprises de validation, attend des algorithmes clairs, réduits à une série de choix dichotomiques selon un système bidirectionnel d'appréciation de la force de toute recommandation conduisant à l'inclusion ou à l'exclusion d'une intervention donnée des examens de dépistage. Néanmoins, il faut reconnaître que, souvent, les preuves scientifiques ne permettent pas des choix aussi simples. Le système de classement suivant est dès lors souvent utilisé :

- **niveau A** : on dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique ;
- **niveau B** : on dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique ;
- **niveau C** : on dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements ;
- **niveau D** : on dispose de données

acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique ;

- **niveau E** : on dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

Les auteurs du guide canadien de médecine préventive préviennent leurs lecteurs :

- d'une part du petit nombre d'affections pour lesquelles on possède des données scientifiques fiables attestant de l'efficacité de la prévention et qui pourraient conduire à une recommandation de niveau A ;
- d'autre part du nombre très élevé de recommandations de niveau C (données insuffisantes pour justifier l'inclusion ou l'exclusion), indiquant par là que la décision doit reposer sur d'autres facteurs.

3. Le bilan biologique de base

Appliquant leur réflexion et l'analyse des données scientifiques actuelles les plus validées à différents tests de biologie clinique, les auteurs passent ici en revue diverses procédures de dépistage du diabète, des maladies cardio-vasculaires, du cancer de la prostate, du cancer colorectal et des pathologies thyroïdiennes. Extrêmement documentés et particulièrement nuancés, leurs raisonnements les amène à l'affirmation suivante :

La conclusion générale est qu'en ce qui concerne la biologie clinique, il n'existe

aucune analyse recommandée systématiquement pour le dépistage de masse non ciblé de ces affections avec un niveau A de preuve.

4. Conclusions

Une analyse critique des fondements théoriques du dépistage de masse (critères de Frames) sur base de la méthodologie « Evidence-Based Medicine » amène à éliminer le bilan biologique de base de l'examen médical périodique (dépistage de masse non ciblé). Une anamnèse complète et un bon examen clinique permettront par contre la sélection de populations à risque augmenté pour certaines pathologies, auxquelles pourront alors être conseillés certains tests orientés plus décisifs avec une bonne valeur prédictive positive.

Note de la rédaction

L'intérêt évident de cet article a incité la rédaction de Santé conjugée à vous le présenter. Un certain nombre de développements « médico-médicaux » ont été omis ici (notamment au chapitre 3) avec l'accord des auteurs, de même que l'abondante bibliographie sur laquelle s'appuie leur réflexion. Tout lecteur intéressé pourra obtenir le texte intégral ainsi qu'une bibliographie complète en s'adressant à la rédaction de Santé conjugée.

Thèses sur l'art médical

Jean Carpentier, Editions du Losange.
(Peut être commandé via Santé conjugulée)

Jean Carpentier aime écrire, ça se sent
Jean Carpentier aime son métier (carpentier ?)
Jean Carpentier aime ses gens (jean ?)
Jean Carpentier est militant (tant)

De la médecine générale peu ont fait leur combat
Il la vit depuis quarante ans
au cœur des quartiers de Paris
Il s'y dépense, il y pense en plus
Il dit ce qu'il pense et invite
non pas à penser ce qu'il dit
mais à penser avec lui

« Thèses sur l'art médical »
est présenté comme un document de travail
Une série de réflexions - 77 -
ordonnancées autour de cinq axiomes
dont la vocation est d'ouvrir à d'autres réflexions
autour d'un art où s'emmêlent les protagonistes :
médecins et malades
soignés et soignants
institutions et résistants

Après « Médecine générale » Maspéro 78
Après « Médical flipper » en 84
Et « Retrouver la médecine » en 96
Jean Carpentier, le créateur de la valise à symptômes
conforte ses septante sept thèses autour de :
1. La souffrance est une donnée de la condition humaine
2. La maladie est une des expressions possibles de la souffrance
3. Les hommes ont une capacités d'entraide
4. Le malade est un sujet
5. La maîtrise d'un sujet est illusoire

On sent bien tout au long
sa préoccupation pour l'autonomie du sujet
pour une médecine et un art médical
interpellé par le sujet souffrant
par la maladie
la santé est moins l'affaire des médecins

même s'ils ont pris en compte
ce qui fait ou défait la santé de leurs patients

Ces « Thèses sur l'art médical »
ouvrent des espaces de débats et
de réappropriation du sens des mots
pour une fonction renouvelée
en regard d'une réalité qui
tous les jours
infléchit l'humanité

Quelques extraits pour
aiguiser votre envie de lire
votre possibilité d'en parler, avec nous
avec vos collègues
Il laisse une marge dans son livre pour des annotations
et bien nous aussi, na !

*La pratique médicale est un processus créatif ; la relation aboutit à une création réalisée par les deux partenaires.
Elle modifie l'un et l'autre ; c'est la demande du malade et le risque accepté du médecin.*

*Privée et individuelle par nature, la maladie peut prendre un aspect collectif ;
elle devient épidémie et requiert alors des décisions collectives qui peuvent relever de la médecine
(hygiène, vaccinations), mais qui sont le plus souvent d'ordre politique
(emploi, salaires, aménagement du territoire, énergie, transports, éducation, etc.).*

*Les insuffisances du modèle positiviste ont engendré de nombreuses innovations
qui ne suppriment pas pour autant ces insuffisances : Réseau, Equipe pluridisciplinaire, Filières de soins, etc.*

- *d'abord, il faut noter que tout instrument vaut la qualité de ceux qui s'en servent ;
le soignant aussi est un sujet.*
- *ensuite, le fait de multiplier les intervenants ne suffit pas en soi et peut même devenir dangereux si
leur idéologie est celle de la maîtrise, et donc de l'objectivation du sujet.
Le réseau, par exemple, pouvant se transformer en une terrifiante toile d'araignée normative.*

Le médecin s'offre comme premier recours.

Mais il y a modestie de son intervention, aussi essentielle soit-elle.

Le soin est, en soi, une mobilisation du soignant qui vise à une mobilisation du soigné.

*Du même coup, nous nous ouvrons sur le réseau et la transversalité, mais dans une visée plus ambitieuse que ce qui est
généralement mis en place : elle s'inscrit dans l'ordre de la solidarité et de l'aptitude soignante
et non seulement dans l'ordre de la complémentarité professionnelle (transdisciplinarité).*

Présentation Jacques Morel

La nature et la règle

Ce qui nous fait penser

La nature et la règle

Ce qui nous fait penser

Jean-Pierre Changeux et Paul Ricoeur.
Editions Odile Jacob 1998.

Jean-Pierre Changeux est un chercheur passionné par l'étude théorique et expérimentale du cerveau humain. Paru en 1983 chez Fayard, son ouvrage « L'homme neuronal » a révélé au grand public les enjeux des neurosciences. La pratique scientifique a forgé sa conviction que l'histoire individuelle, les mémoires accumulées, la vie affective n'ont rien d'un insaisissable métaphysique, mais qu'il s'agit au contraire d'une signature épigénétique stabilisée dans notre organisation cérébrale. L'exploration du cerveau permet ainsi d'avoir un accès « objectif » au vécu d'autrui et à sa reproductibilité d'un individu à l'autre. Dès lors, ne faut-il pas remettre en question la vieille distinction entre ce qui est (la nature) et ce qui doit être (la règle, la morale) et tenter d'enrichir la réflexion éthique à partir de notre connaissance scientifique du cerveau et de ses fonctions supérieures ? La question se pose : comment un homme neuronal peut-il être un sujet moral ?

Paul Ricoeur est un philosophe considérable. Sa pensée est triplement marquée. Par la réflexivité, qu'il définit comme le mouvement par lequel l'esprit humain tente de recouvrer sa puissance d'agir et de penser perdue dans les savoirs et les pratiques. Par la phénoménologie qui l'attire vers la dimension intentionnelle de la vie,

dépouillée des constructions héritées du passé. Et par l'herméneutique qui met l'accent sur la pluralité des interprétations de l'expérience humaine. Entre la connaissance objective de l'anatomie et du comportement humain et d'autre part le vécu significatif, le corps propre, les valeurs vitales, il voit la distance qui sépare deux ordres de discours irréductibles, discours de distanciation (qui considère la cerveau) et discours d'appropriation (mon corps, ici, par rapport à d'autres qui sont là). Est-il possible de dépasser ce dualisme sémantique, de dégager un discours de l'unité ? Est-il possible, par delà cette première interrogation, de faire l'économie de la rupture entre une éthique profondément enracinée dans la vie et un discours normatif, d'ordre moral ?

Telles sont les bases sur lesquelles ces deux hommes se sont rencontrés. « La nature et la règle » est le livre de leur dialogue. Dialogue riche de toute la connaissance et de la réflexion de ses protagonistes. Chacun expose ses conceptions, explique, illustre : il n'est pas nécessaire d'être neurobiologiste ou docteur en philosophie pour les suivre (cela donnerait même plutôt envie de le devenir). Au fil de l'échange, les différences s'avivent, le ton de la conversation parfois s'enflamme et l'on se surprend ci et là à sentir comme un parfum de corps à corps sur le champ de bataille des idées.

« Mon cerveau ne pense pas, mais tandis que je pense, il se passe quelque chose dans mon cerveau ». « Certes, mais la pensée ne peut se penser sans le cerveau ». Mettant le modèle neuronal à l'épreuve du vécu (« le lobe frontal est-il l'organe de la civilisation ? »), nous

emmenant aux origines de la morale et de la question du sens par le détour des prouesses de la technologie neuroscientifique, Paul Ricoeur et Jean-Pierre Changeux stimulent l'appétit d'en savoir plus et éveillent notre vigilance. Car s'ils examinent en honnêtes hommes la question qu'ils posent, s'ils guettent les dérives liées aux amalgames de sens, aux « amphibologies », aux idées reçues, s'ils mettent toute leur énergie à préciser la signification de leurs énoncés afin d'en éviter toute interprétation intempestive (et c'est d'ailleurs dans cette finesse de perception que leur dialogue trouve sa vigueur), on ne peut s'empêcher de songer aux mésusages que peuvent permettre notre connaissance et notre technologie toujours plus performantes quand elles oublient d'être humaines. Les préjugés, les eugénismes, les illusions d'un contrôle social qui se justifierait de raison scientifique, les intolérances et les totalitarismes, tous se nourrissent d'idées superficielles et confuses présentées en forme d'évidence.

Si en refermant ce livre le lecteur n'a reçu aucune réponse univoque aux questions de départ, il en ressort fort d'une perception qui ne laisse plus de place aux évidences simplificatrices et excluantes. C'est pourquoi il était bon que science et conscience se parlent et s'apprécient dans ces pages.

Présentation Axel Hoffman