

Editorial

Prévention: Pour des actions directes, pertinentes et pratiques

J. Martin¹

A l'occasion de la publication par *Médecine sociale et préventive* d'un numéro à thème consacré aux activités de prévention en Suisse, nous aimerions faire quelques remarques dont l'actualité est soulignée par des articles parus récemment dans l'*American Journal of Public Health*.

Sous le titre «Les enfants ne peuvent voler» (*Spiegel and Lindaman* [11]) sont présentés les résultats d'un programme de prévention de la mortalité et de la morbidité dues à des chutes d'enfants des fenêtres de leur logement, mis en œuvre dans le quartier du Bronx, à New York, depuis 1972. Il comprenait quatre éléments principaux:

1. rapports sur ces chutes par diverses instances, suivis de conseil et collecte de données par des infirmières de santé publique; 2. campagne par les mass media; 3. éducation dans la collectivité (en particulier porte-à-porte), efforts de «community organization» avec de multiples groupes; 4. fourniture de dispositifs de sécurité gratuits et faciles à installer (aux fenêtres dangereuses).

Ce programme peut être considéré comme un modèle du genre à divers titres. Il a son origine dans l'identification d'un problème particulier de santé publique, responsable d'un grand nombre de morts et de handicaps «inutiles». Il a été basé sur l'analyse des données concernant le problème (épidémiologie des chutes d'enfants par les fenêtres à New York). Sa mise en œuvre a inclus un contact direct et personnel entre la famille à risque et des travailleurs de santé publique, dans des conditions adéquates de *communication mutuelle*. En plus de l'information et de l'éducation ainsi apportées, on a proposé un moyen préventif pratique, efficace et bon marché (window guard), dont l'acceptabilité pour les «consommateurs» s'est révélée très bonne.

Ajoutons que, quant aux chiffres, le programme a été associé avec une nette diminution du nombre de chutes accidentelles (cela malgré une amélioration de la collecte des données).

Enfin, et c'est là un point particulièrement exemplaire, le succès du programme a amené, en avril 1976, le passage d'une *loi spécifique* pour la prévention des accidents des enfants pour la ville de New York, malgré diverses oppositions. On souhaite que, dans notre pays, la question de la ceinture de sécurité par exemple connaisse une évolution similaire (surtout si l'on se souvient qu'une estimation américaine considère que le taux bénéfice-coût de l'installation de la ceinture est de plus de 1000 dollars pour chaque dollar investi [3]). Parlant de coopération technique dans le domaine de la santé, cet auteur a eu l'occasion d'écrire: «Les planificateurs sanitaires devraient être attentifs à éviter l'excès dans la planification (overplanning) et l'insuffisance dans la mise en œuvre (underimplementing)... Sinon, on pourrait continuer à voir souvent le tableau d'intermédiaires très occupés (administrations et structures sanitaires) alors que, pratiquement, les populations-cibles du programme restent non desservies, et non intéressées» [8]. *Bergner* [1], dans un éditorial à propos de l'action new-yorkaise discutée plus haut, souligne que ses responsables ont su donner rapidement une suite pratique et efficace aux études faites.²

Contrastant avec le travail de *Spiegel et Lindaman*, et dans le même numéro du AJPH, on trouve la description d'un autre effort d'éducation pour la santé, entrepris dans une ville-modèle du Maryland dans le but de diminuer les risques d'accidents domestiques chez les enfants (*Dershewitz et Williamson* [2]). Dans ce projet, un groupe de mères bénéficia d'un programme personnalisé d'éducation pour la santé (discussion avec un(e) assistant(e) de recherche des problèmes de sécurité des enfants à la maison et remise d'une brochure sur ce sujet). Mais l'évaluation ultérieure démontra qu'on n'avait pas eu d'effet sur la population de mères concernée, dont le score total moyen de risques domestiques présents dans leur ménage était resté le même que celui d'un groupe de contrôle. Dans ses commentaires sur ce programme, *Simmons* [10] indique qu'on doit se poser plusieurs questions en face d'un tel échec:

¹ Dr méd., médecin cantonal adjoint, Service de la santé publique, 1001 Lausanne.

² Montrant le même genre de souci, le ministre canadien de la Santé écrivait il y a quelques années:

«... la science est pleine d'hypothèses et de suppositions, alors que l'information destinée à influencer le public doit être claire, précise et sans équivoques... Devant de tels avis scientifiques incompatibles, il serait facile pour les éducateurs et les promoteurs de la santé de ne rien faire... Mais plusieurs problèmes de santé au Canada sont suffisamment urgents pour qu'on adopte des mesures correctives même si on ne dispose pas de toutes les preuves scientifiques» (*Lalonde*, 1974, p. 60-61).

- Les messages transmis étaient-ils en relation avec des soucis pertinents (étaient-ils liés à des problèmes spécifiques de la population-cible)?
- Dans quelle mesure les solutions proposées étaient-elles acceptables pour les ménages en question?
- La conversation qu'elles avaient avec l'assistant(e) de recherche était-elle vue par les mères comme une source d'information appropriée?

Ces expériences nord-américaines nous rappellent opportunément que, s'agissant de prévention en Suisse, il est essentiel de:

- considérer attentivement la situation particulière de notre pays et les contraintes qu'elle comporte,
- chercher à déterminer, en fonction des problèmes identifiés et du contexte, ce qui est faisable et ce qui ne l'est probablement pas (dans un intervalle de temps donné),
- «forger nos propres outils», à savoir mettre en place des programmes et utiliser des moyens adaptés à la réalité de notre population.

Dans cet ordre d'idées, le programme de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires financé par le Fonds national nous paraît être un bon exemple. Dans deux villes pas tellement éloignées dans l'espace mais qui, «à la suisse», ont des caractéristiques socio-culturelles bien distinctes, ont été entrepris des efforts visant à diminuer la prévalence des divers facteurs de risque (Junod et Gutzwiller [5, 6] et *communic. pers.*). Il est intéressant de voir que, sur la base de leur connaissance des collectivités concernées, et quoique restant en communication étroite, les responsables de chacun des projets ont développé deux programmes d'interventions dont les modalités pratiques diffèrent nettement d'un endroit à l'autre.

Par ailleurs, s'il faut savoir tenir compte des spécificités d'une situation et d'une population, on doit parfois se demander si la faveur (ou la défaveur) dont jouit un «modèle d'intervention» est bien la conséquence de besoins et de sentiments particuliers des collectivités, ou si elle est plutôt celle de contraintes telles que les orientations générales, parfois aprioristes, de certains responsables. Un exemple parmi d'autres: l'utilisation, dans un but préventif comme dans un but de soins, d'infirmières de santé publique montre de grosses différences d'un pays à l'autre. Les «public health nurses» ont depuis longtemps droit de cité dans les pays anglo-saxons, en Hollande et en Scandinavie; dans plusieurs de nos cantons, les «Gemeindeschwestern» et les «infirmières/sœurs visitantes» ont rendu de signalés services. Par contre, ce type de travailleur médico-social est peu ou pas connu dans les pays latino-européens, entre autres en France, de même que dans les régions où l'influence de ce dernier pays est marquée. Ainsi dans les nations du tiers monde qui ont été ses colonies, alors même que le concept général qui sous-tend la pratique des soins infirmiers de santé publique [9] est certainement de la plus grande pertinence pour elles. Il y a donc lieu dans chaque cas de voir dans quelle mesure une innovation risque de «faire corps étranger», compte tenu des valeurs locales, et serait par conséquent contre-productive, ou si au contraire des modalités nouvelles sont susceptibles de dépoussiérer utilement une situation figée.

Les contributions rassemblées dans ce numéro de *Médecine sociale et préventive* illustrent le particularisme de notre pays. Il est certain que ce caractère présente des avantages, proximité de la population et des problèmes notamment. Il peut aussi à l'occasion être un frein. Il faut souhaiter que la médecine préventive suisse saura sauvegarder les vertus de la décentralisation tout en stimulant des actions approfondies et à plus large échelle là où c'est nécessaire. C'est par sa capacité à proposer et à mettre en œuvre des choses raisonnables qu'elle répondra le mieux à ceux qui doutent de son avenir [4] et qu'elle démontrera que, «tout en ayant eu ses succès et ses échecs, elle a rarement bénéficié d'investissements proportionnels à son potentiel» [3].

Bibliographie

- [1] Bergner, L., The Importance of Direct Intervention (Editorial), *American Journal of Public Health*, 67, 1135-1136 (1977).
- [2] Dershewitz, R. A., and Williamson, J. W., Prevention of Childhood Household Injuries: A Controlled Clinical Trial, *American Journal of Public Health*, 67, 1148-1153 (1977).
- [3] Hilbert, M. S., Prevention, Presidential Address, *American Journal of Public Health*, 67, 353-356 (1977).
- [4] Imfeld, J., Dringend gesucht: Goldmine! *Schweizerische Ärztezeitung* Nr. 17, 715-716 (1977).
- [5] Junod, B., et Gutzwiller, F., Programme national de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires: plan de l'étude, *Sozial- und Präventivmedizin* 22, 157-158 (1977) (a).
- [6] Junod, B., et Gutzwiller, F., Methodology of primary prevention of cardiovascular diseases in Switzerland, presented at the WHO Meeting on Comprehensive Cardiovascular Community Control Programmes, WHO mimeographed document CVD/CM/PR/77.10, Geneva, November 1977 (b).
- [7] Lalonde, M., Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens, Ottawa, Gouvernement du Canada, avril 1974.
- [8] Martin, J. F., International Health Planning: Socioenvironmental Dimensions and Community Participation, *American Journal of Public Health*, 65, 175-177 (1975).
- [9] OMS, Les services infirmiers des collectivités, Série de Rapports techniques, No 558, 1974.
- [10] Simmons, J. J., Lessons for Health Educators (Editorial), *American Journal of Public Health*, 67, 1137-1138 (1977).
- [11] Spiegel, C. N., and Lindaman, F. C., Children Can't Fly: A Program to Prevent Childhood Morbidity and Mortality from Window Falls, *American Journal of Public Health*, 67, 1143-1147 (1977).