

Editorial

La mise en œuvre de la prévention: des impératifs de collaborations multiples et d'action au cœur de la collectivité

J. Martin

Le présent cahier doit être vu dans la perspective des efforts de la rédaction de Médecine sociale et préventive/Sozial-und Präventivmedizin en vue de promouvoir la traduction dans les faits, dans nos sociétés, des connaissances théoriques et des discours sur la prévention. Dans ce sens et au cours des dernières années, relevons notamment les numéros suivants de notre revue:

- "Prévention dans la collectivité", basé sur les travaux du Programme national de recherche No 1A à Aarau et Nyon (No. 5/1980, Vol. 25, dès p. 237 - Réd.: F. Gutzwiller, C. Schucan et B. Junod).
- "La médecine scolaire à la croisée des chemins" (No. 1/1983, Vol. 28, dès p. 1 - Réd. : R. Mühlemann).
- "La prévention dans le cadre de la pratique médicale" (No. 3-4/1983, Vol. 28, dès p. 105 - Réd. : Th. Abelin).
- "Hygiène du travail en Suisse" (No. 1/1984, Vol. 29, dès p. 1 - Réd. : R. Bruppacher et D. Bauer).
- "Les Ligues de la santé en Suisse" (No. 3/1984, Vol. 29, dès p. 105 - Réd. : R. Bruppacher).

Elargir la perspective de la prévention

Une des préoccupations qui se marque de manière croissante en matière de prévention (et qui ne la rend pas plus facile, au contraire) est la nécessité de l'élargir bien au-delà de la démarche médicale classique, en fonction des faits suivants:

- Les affections qui causent l'essentiel de la mortalité et de la morbidité dans nos sociétés sont en rapport chacune avec tout un éventail de causes ou facteurs favorisants.
- La "germ theory" (qui a eu des conséquences fondamentales et fructueuses suite aux découvertes de l'époque pastorienne) ne rend donc pas compte de la complexité des étiologies de la plupart des troubles de la santé.
- A des étiologies très multifactorielles doivent correspondre des stratégies de prévention multi-et interdisciplinaires, multi- et intersectorielles (c'est ce que demande avec insistance l'OMS en particulier).

Ces réalisations, scientifiquement basées, ont demandé de ceux qui cherchent à promouvoir, préserver ou restaurer la santé du public qu'ils soulignent la responsabilité de causes et de domaine "non médicaux". D'où l'importance pour les responsables sanitaires de rendre attentifs les autres secteurs de la vie socio-économique à leurs rôles potentiels (positifs ou négatifs). Le fait que certaines productions, commercialisations, promotions publicitaires, puissent indiscutablement mettre en danger la santé demande une négociation et, ultimement, des décisions de nature politique au sens large du terme. Par ailleurs, sans doute admettons-nous que la collectivité puisse se déterminer dans un sens où des considérations autres (de rendement économique par exemple) puissent prendre le dessus de préoccupations de santé : mais il nous paraît alors que ces enjeux doivent être formulés clairement, sans faux-fuyants, écrans de fumée ou procès d'intention, et jugés sur leurs caractéristiques et leurs conséquences pratiques réelles.

Potentiel et difficultés

La croissance des coûts et certaines insatisfactions vis-à-vis des services de santé ont amené la prévention de la maladie et la promotion de la santé au premier

plan des discussions. Les promesses et l'efficacité de la prévention sont particulièrement évidentes dans les pays en développement: ainsi, des résultats remarquables ont été obtenus en santé maternelle et infantile. Il reste des progrès à accomplir à propos de maladies qui sont de grands tueurs et où, en principe, la prophylaxie est très simple... mais à l'évidence pas aisée en pratique: qu'on pense au tétanos néonatal. Nous en avons vécu des cas comme praticien de brousse en Amérique du Sud, qui nous ont vivement frappé. Tout récemment, l'OMS estimait à l'000'000 environ les morts de nouveau-nés de cette cause par an dans le monde... Dramatique. Alors que la vaccination des femmes enceintes ou, plus "simple" encore, les soins hygiéniques du cordon et de la plaie ombilicale devraient permettre de l'éradiquer.

C'est dire que, même dans des cas où la "germ theory" reste parfaitement pertinente, les faits montrent les difficultés de la lutte : pour des raisons culturelles, sociales, pour des motifs économiques ou politiques. Et même dans un cas aussi "clairement microbiologique" que celui du tétanos néonatal, il y a lieu de prévoir une stratégie multiple : éducation des femmes enceintes (et des maris et des familles), cas échéant encadrement des accoucheuses traditionnelles, mise à disposition de vaccin et d'un équipement minimum pour l'accouchement et les soins de l'ombilic (que l'accouchement ait lieu à domicile, dans un centre de santé ou dans un hôpital). Ceci nécessite la prise en compte des habitudes et croyances en rapport avec la grossesse, l'accouchement, le cordon ombilical et la manière de s'en occuper. Si certaines pratiques coutumières s'avèrent dangereuses, il convient d'étudier comment les désamorcer (de manière détournée lorsqu'elles sont fortement ancrées dans les moeurs). Il y a aussi les multiples difficultés logistiques.

Revenons aux pays industrialisés. On peut dire que les soucis de santé principaux qu'ils connaissent sont en rapport avec :

- Les atteintes au milieu de vie, pollutions (y compris bruit), diminution des espaces naturels.
- Des comportements autodommageables : consommation de multiples substances nuisibles à la santé, alimentation déséquilibrée, sédentarité, conduite dans la circulation routière, etc.
- Des problèmes psycho-sociaux (stress, dépression, mal-être notamment de la jeunesse, santé et situation sociale des vieillards, violence de divers types).

La résolution de ces situations appelle des actions concertées dans de nombreux domaines, dont plusieurs échappent aux responsables sanitaires. D'où l'importance d'échanges, de coordination, de collaboration à de multiples niveaux, plus que par le passé. Répétons que cet impératif est une conséquence de la connaissance que nous avons maintenant des causes et facteurs favorisants des atteintes à la santé. Si les approches multi-sectorielles étaient moins utilisées dans le passé, c'est en partie à cause de rigidité et de cloisonnements traditionnels, mais surtout parce que le besoin d'une action conjointe n'était pas aussi bien démontré.

Pour plusieurs de ces problèmes, nos sociétés ne se montrent actuellement guère plus efficaces que les pays défavorisés à maîtriser un fléau tel que le tétanos néonatal. Et ce n'est pas seulement, loin de là, parce que les solutions techniques ne sont pas connues. Bien souvent, comme dans le tiers monde, ce sont les obstacles de

type socio-culturel qui oeuvrent contre une santé optimale. Cela vaut par exemple en ce qui concerne la sauvegarde de nos biens communs ("protection of the commons"), qui aujourd'hui encore semble passer souvent après des convenances ou des intérêts individuels qui ne sont pas toujours en rapport avec des droits fondamentaux (il reste par ailleurs qu'il faut être attentif aux questions qui se posent à l'interface prévention-liberté).

A propos des difficultés que l'on rencontre, le Tableau I résume les situations bien différentes, du travail de prévention primaire active d'une part, du travail curatif d'autre part. Il est essentiel d'en tenir compte si l'on veut comprendre certains des défis actuels.

Promotion de la santé : tendances et réalisations

Les articles qui suivent émanent d'un ensemble d'auteurs éminemment multidisciplinaire et veulent illustrer la diversité nécessaire des réflexions et des actions à mener. On y trouve des textes sur les fondements d'une démarche préventive. D'autres décrivent la mise en oeuvre de programme dans plusieurs cantons, à l'intention de la collectivité tout entière ou plus spécialement à l'intention des populations scolaires. D'autres encore présentent les points de vue et les rôles complémentaires de plusieurs professions.

Nous aimerions nous féliciter de l'inclusion à ce numéro de contributions provenant de non-professionnels de santé, à propos d'efforts d'aide mutuelle (self-help, peer groups). Un des éléments majeurs de la recherche nécessaire de l'interdisciplinarité consiste en effet à prendre en compte le potentiel de ceux qui ne sont pas des techniciens, mais des patients, des usagers, des citoyens.

Plusieurs articles soulignent le caractère non spécifique des situations à problèmes et des moyens à mettre en oeuvre pour y répondre. Il y a lieu de reconnaître que cette constatation de fait va à l'encontre de la tradition académique de spécialisation toujours croissante, qu'au contraire elle revalorise le rôle de l'"honnête homme", du généraliste, voire du sage. A cet égard, comme à propos d'aspects évoqués plus haut, des changements d'attitudes sont nécessaires. Certains parlent du besoin de réintroduire l'hémisphère cérébral droit (celui de l'affectivité, de l'humain et du bon sens) en médecine et dans d'autres disciplines techniques... Besoin pour les sciences de (re) devenir aussi un art, y compris un art de vivre (savoir-être en plus d'un savoir-faire).

On trouvera pour terminer des articles apportant des éclairages en relation avec le droit et les processus administratifs et politiques. La prévention de la maladie et la promotion de la santé impliquent des individus et des groupes non-malades, à savoir non-dépendants, qui tiennent à exercer leur libre arbitre. C'est ainsi qu'il est essentiel de créer les conditions d'une acceptabilité (politique dans le meilleur sens du terme) des actions qui permettent de préserver et améliorer la santé.

En conclusion, nous voulons espérer que le présent cahier contribuera à faire connaître les tendances et initiatives actuelles dans le large champ de la prévention, et à encourager ceux qui oeuvrent dans ce domaine à rechercher toujours plus activement le dialogue avec d'autres personnes et secteurs concernés, et à profiter de leur expérience et de leur potentiel.

Tableau I

Prévention et cure : Des contextes et des impératifs différents

LA PREVENTION PRIMAIRE ACTIVE *	ALORS QUE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE AVEREE
<ul style="list-style-type: none"> - Veut agir <u>en amont</u> (alors que les dommages à craindre ne sont pas visibles) - A affaire à des personnes "debout", indépendantes, qui ne sont pas atteintes de manière nette dans leur fonctionnement - Nécessite la participation de l'individu, des changements dans ses habitudes - Accent <u>non spécifique</u>, global (style de vie) - Doit être <u>multidisciplinaire</u> et <u>collégiale</u> (approche "horizontale") - Doit être <u>multisectorielle</u>. A ce titre, peut toucher les intérêts de divers secteurs socio-économiques, d'où des enjeux politiques - Doit se faire dans la collectivité en général - Doit chercher à créer un soutien socio-culturel large (attitudes du public) - Pose parfois des questions éthiques en rapport avec la liberté individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Répare, en aval ; le dommage est clair - S'adresse à des "patients couchés" (au sens propre ou au sens figuré), dépendants, en dysfonctionnement - La participation du patient est (souvent) secondaire ou même non requise (affections ou traumatismes aigus) - Est dirigée sur un trouble spécifique (ou même un organe spécifique) - Demande la collaboration de plusieurs professionnels, mais sous la direction d'un d'entre eux (approche "verticale"), et - A l'intérieur du secteur médico-sanitaire - Se fait dans une structure spécifique médico-sanitaire (cabinets, hôpitaux, etc.) - Peut se passer d'un tel soutien - Pose moins de telles questions (patient clairement demandeur)

* Ce tableau ne s'applique que partiellement à la prévention primaire "passive", elle aussi très importante (dite aussi protection de la santé) : contrôle des eaux et des denrées alimentaires, mesures de protection de l'environnement requises par les pouvoirs publics, etc.