

## De la prévention à la promotion de la santé

B. Pissarro<sup>1</sup>, Faculté de médecine Saint-Antoine, Paris

### La prévention – Certaines ambiguïtés

Depuis deux siècles, on a pu assister, au moins dans les pays industrialisés, à la maîtrise des grandes causes de mortalité, à l'élévation spectaculaire de l'espérance de vie et à une amélioration globale de la prise en charge des maladies. Ces changements sont liés tout d'abord, et pas seulement sur le plan chronologique, à l'élévation du niveau de vie et aux grandes actions collectives sur l'environnement, relayées par les bouleversements de la connaissance sur les mécanismes de la vie et par le développement formidable des moyens thérapeutiques. Depuis cinquante ans, ces derniers avaient relégué au second plan les actions de prévention.

Cependant, depuis quelques années, le tableau s'assombrit de quelques constatations:

- l'arrêt – ou le grand ralentissement – de l'évolution de certains indicateurs comme l'espérance de vie, et le non-parallélisme de l'évolution antérieure avec les grandes découvertes thérapeutiques,
- l'accroissement constant et considérable de la part des dépenses de soins par rapport au produit intérieur brut des pays,
- l'apparition de nouvelles causes de morbidité et de mortalité,
- la mise en évidence que les progrès constatés, pour considérables qu'ils aient été, restaient marqués par des inégalités profondes face à la santé.

La conjonction de ces constatations a remis à l'honneur la prévention – au moins dans les discours. Mais ce retour au premier plan ne va pas sans réticences, ni sans ambiguïtés. Il nécessite aussi une analyse des limites et des effets pervers possibles.

Certaines ambiguïtés sont liées à l'idée même que l'on peut se faire de la prévention: pour la plus grande partie des gens, professionnels ou non, elle évoque tout d'abord le dépistage (voir notamment les campagnes de prévention des cancers), alors que le dépistage n'est que le premier temps d'une action thérapeutique: une prévention «secondaire» qui non seulement repose encore trop souvent sur des données contradictoires (quand elles existent) quant à leur pertinence, leur validité et leur efficacité, mais en plus débouche sur des actions qui peuvent être dangereuses: il n'est pas neutre pour un individu d'être déclaré malade ou potentiellement malade.

Il est vrai que la pratique médicale préventive s'est longtemps réduite à ce dépistage, ce qui évitait de se poser des questions sur les facteurs de risque situés *en amont*. Même si ceux-ci sont maintenant mieux connus, «prévention = dépistage» reste une assimilation largement répandue, comme si le fait d'avoir subi

un examen systématique avait valeur de protection mythique, d'exorcisme... Ce n'est qu'un des aspects de l'idéologie médicale qui imprègne encore la prévention.

Une autre représentation de la prévention est centrée sur la notion de comportements individuels adaptés... et contraignants tels que ne pas fumer, ne pas boire, conduire doucement, etc...

Pour les professionnels de la santé – qui sont en fait des professionnels du soin – la prévention peut apparaître comme une concurrence menaçante avant de devenir un territoire à conquérir, surtout en période de croissance de la démographie professionnelle.

Par ailleurs, la notion de prévention s'est développée parallèlement à la notion de crise. Pour beaucoup, elle est donc évocatrice d'une menace restrictive sur la politique de soins et les investissements lourds. De fait, les économies attendues de la prévention ne surviennent souvent qu'à moyen ou à long terme, et son développement entraîne surtout des investissements à court terme.

Les analyses épidémiologiques de la morbidité et de la mortalité ont contribué à mettre en évidence que le risque de voir apparaître tel ou tel phénomène dans une population variait en fonction d'un certain nombre de facteurs. Et cela a naturellement conduit à identifier des groupes, des populations dites «à risques». La logique aurait voulu qu'on essaie d'agir sur les facteurs de risques et notamment sur les facteurs sociaux les plus en amont. Dans bien des cas, on s'est contenté de mettre en place une surveillance accrue de ces populations, ce qui débouche vite sur «un contrôle social ou des étiquetages largement dénoncés, mais pour lesquels la tentation de les faire perdurer est forte, d'autant plus qu'il s'agit en règle générale de populations défavorisées, exploitées, que les classes dominantes n'ont guère intérêt à voir changer de statut social» [1].

Dans le travail social, la prévention se présente habituellement comme une action éducative menée auprès de populations, le plus souvent d'enfants ou adolescents «inadaptés sociaux» ou «pré-délinquants». Là plus encore que dans le domaine de la maladie, on est vite dans un processus de normalisation, de condamnation de toute marginalité – et se retrouve le risque de contrôle social.

Au total, la prévention s'est construite autour de l'idée de lutter contre les maladies et la mort, et on retrouve ce concept dans la plupart des définitions modernes de la prévention: c'est l'ensemble des mesures prises «contre certains risques» [2], ou «en vue d'éviter les accidents... le développement des épidémies ou l'aggravation des états sanitaires individuels» [3]. Et Littré disait déjà que c'est l'action «d'aller au-devant».

<sup>1</sup> Professeur de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine Saint-Antoine, 27, rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France.

Il est peut être abusif de chercher les autres sens de prévention qui restent dans le langage commun, et renforcent son aspect «négatif»: «opinion défavorable formée sans examen» et «disposition d'esprit hostile», qui renvoient à avoir de la prévention contre quelqu'un; la prévention, c'est aussi «l'état d'un individu contre lequel il existe une accusation de délit ou de crime» [3].

Laissons de côté ces polysémies pour ne retenir que le sens général de «faire obstacle» à la maladie et à la mort, vision restreinte de la santé limitée à la pratique médicale habituelle. En fait, la santé, comme la prévention, est un terme qui prête largement à confusion: si tout le monde admet, depuis la définition de l'OMS en 1946, que ce n'est plus la simple absence de maladie ou d'infirmité, on utilise souvent le mot pour maladie, ou pour soins (les dépenses de santé sont les dépenses de soins, les personnels de santé ont surtout affaire avec la maladie et les soins, les indicateurs de santé mesurent le plus souvent la maladie et la mort). Même la notion de «complet bien-être physique, mental et social» reste quelque peu statique et peu compatible avec une société en constante évolution.

«Aussi a-t-on tendance à élargir la définition, et à voir dans la santé une plénitude de vie, une harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son milieu – l'un et l'autre changeants – dont l'objectif est «d'enrichir chacun de ses dons» (P. Valéry), c'est-à-dire de permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités, compte tenu de son héritage génétique.

Mais cette conception totale de la santé reste encore trop individuelle: on peut aussi parler de la santé des groupes humains, santé d'une famille, santé des travailleurs d'une entreprise, santé d'une collectivité urbaine ou rurale d'une nation» [1].

### Inégalités

«Toutes les analyses concordent pour montrer que les *inégalités* sont le fait dominant en matière de santé.

#### ● *Inégalités sociales*, qu'elles s'expriment en:

- espérance de vie (à 35 ans, elle est inférieure de 8 ans chez les manœuvres par rapport aux cadres supérieurs, professions libérales et instituteurs);
- mortalité multipliée par deux dès la première année de la vie, par deux à six pour les accidents, par deux à douze suivant l'âge, le sexe, et la catégorie socio-professionnelle pour la plupart des causes;
- morbidité: pour la plupart des maladies, les classes pauvres sont plus frappées que les autres.

● *Inégalités en terme de liberté*: le «gradient de liberté» se superpose au gradient de santé, qu'il s'agisse de liberté dans le travail (dont l'organisation peut être extrêmement contraignante) ou dans le temps libre, «celui qui reste une fois déduit le temps de travail et le temps de récupération» (repos, sommeil). Pour beaucoup de travailleurs, la somme des deux durées excède en fait vingt-quatre heures, d'où une

accumulation de fatigue. Ici encore, cette situation est particulièrement vraie – mais sans doute non exclusivement – pour les groupes les plus défavorisés de la classe ouvrière, manœuvres, O.S. et ceux qui sont sujets à des horaires particuliers (travail posté par exemple). En effet, si la durée du travail a beaucoup diminué depuis la fin du siècle dernier, cette diminution de la durée a le plus souvent été compensée – et peut-être au-delà – par une augmentation de l'intensité du travail (des cadences notamment).

Il résulte de cette accumulation de fatigue que le temps libre, temps de créativité, de désir et de plaisir, est pratiquement absent de beaucoup d'existences. Cette amputation de liberté est particulièrement frustrante pour ceux dont le travail n'est pas ou n'est que peu valorisant.

● *Inégalités en terme d'éducation*: L'instruction, la connaissance, l'accès à la culture, les possibilités de création sont des aspects majeurs de l'épanouissement de l'homme. Toutes les études montrent qu'ils sont très inégalement distribués dans la société. En particulier, elles mettent en évidence la corrélation entre la réussite et l'échec scolaires avec la catégorie socio-professionnelle des parents.» [1].

Pour essayer d'approcher les mécanismes qui relient les inégalités et la santé, il faut à la fois analyser le processus de santé de chaque personne et le resituer dans son environnement.

Doté d'un certain patrimoine génétique, l'individu subit de la part de son environnement toute une série de traumatismes plus ou moins précoces, plus ou moins importants, plus ou moins fréquents qui minent plus ou moins vite ses capacités d'adaptation, en accélérant son processus de vieillissement naturel. Il faut donc insister sur l'importance de ces *états intermédiaires*, préalables à la pathologie déclarée, phase de «souffrance» et d'usure prématurée, qui modifient la capacité de chacun de s'adapter à ces agressions de l'environnement, qu'il soit technique, social, politique ou économique, sans réduire sa capacité vitale. Au-delà de la fatigue et de la souffrance apparaissent la maladie et la mort si l'individu ne peut s'adapter. Ces diverses attaques, auxquelles il faut ajouter les phénomènes biologiques, sont tous étroitement corrélés entre eux d'une part, et avec le statut de travailleur d'autre part. Qui plus est, ce statut est le facteur le plus corrélé avec la santé aussi bien pour l'individu que pour son conjoint et ses enfants, et cela pendant toute sa période d'activité, mais aussi pendant les périodes de chômage ou lors de la retraite.

### Promotion de la santé

Tous ces éléments ont amené progressivement à élaborer un nouveau concept, celui de *promotion de la santé* qui, sans nier l'ensemble des acquis et l'importance de ce qui reste à développer dans le champ de la prévention, met en avant une vision positive de la santé.

Comme tout nouveau concept, la promotion de la santé donne lieu à différentes interprétations. Pour certains, elle reste très proche de la prévention, portant l'accent sur les principales causes de mortalité et leurs facteurs de risques, en y adjoignant plus ou moins d'action sur les comportements, en termes de responsabilité individuelle. Pour d'autres, elle met en cause lourdement l'environnement, le milieu de travail, le logement et les responsabilités collectives, dans une approche socio-écologique. Certains excluent toute relation avec la maladie et ont une approche exclusive de la santé positive.

Nous utilisons volontiers la *définition* suivante:

«Promouvoir la santé, c'est:

- assurer l'intégrité physique, mentale et développer les capacités vitales de chaque personne (créativité, désir, plaisir, rapport actif avec l'environnement),
- réduire les menaces que font peser sur la personne ses environnements physique, psychologique et social, et maintenir les contradictions à un niveau tel qu'elle puisse les gérer sans diminuer ces capacités vitales, ce qui implique une dynamique sociale qui renforce les possibilités de chaque personne» [1].

Une telle définition implique une action sur l'environnement, et un développement des capacités de chacun à gérer à la fois cet environnement et son propre développement. Autrement dit, la promotion de la santé est le processus qui permet aux gens d'«augmenter leur contrôle sur leur santé, et de l'améliorer» [4] – que ce soit par des actions spontanées ou organisées.

### Importance de l'information

La première conséquence de ce qui précède est que chacun doit pouvoir avoir accès au savoir sur la santé:

«Devenir autonome devant l'information est un des éléments fondamentaux qui permettent à tout citoyen de devenir responsable et de participer activement à la vie communautaire et à la promotion de la santé.

Pour atteindre cet objectif, le système éducatif doit constituer un moyen pour chacun des individus d'acquérir les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être qui lui sont nécessaires.

Cette formation implique que soit intégrée, à tous les niveaux du processus éducatif, initial ou continu, une éducation à l'information, de telle sorte que chacun soit capable:

- d'accéder aux informations disponibles, de sélectionner celles qui sont pertinentes, d'en appréhender et d'en critiquer le contenu,
- de participer au système d'information social, tant comme consommateur que comme producteur d'information.

Cela implique la création d'un système d'information chargé d'organiser l'élaboration, l'enregistrement et la consommation de toute information nécessaire et la circulation de celle-ci dans tous les sens possibles. Ce système doit être accessible à tous les partenaires sociaux, travailleurs, élèves et étudiants, parents, enseignants, syndicats, responsables des collectivités, professionnels de la santé et autres, etc. Il devrait aller

de soi que l'école a un rôle fondamental à jouer dans ce domaine, ce qui veut dire aussi que les enseignants sont préparés à assumer ce rôle de formateurs, d'initiateurs à l'information» [1].

Etre producteur d'information signifie que le savoir des non-professionnels sur leur santé doit pouvoir s'exprimer, et être entendu. Dans le monde du travail, diverses études ont pu montrer que les travailleurs avaient des perceptions de ce qu'eux-mêmes ressentait comme positif ou comme nuisible différentes de l'idée que pouvaient s'en faire les professionnels. Par exemple, l'absence d'écoute des usagers a conduit pendant longtemps à négliger les risques liés à l'amiante, risques perçus par les travailleurs depuis plusieurs décennies, mais qu'ils ne pouvaient pas prouver [5].<sup>1</sup>

Des constatations similaires ont pu être faites concernant la santé des enfants [6, 7], des étudiants. Ce point a été particulièrement développé dans le contexte des mouvements de femmes.

Mais ce partage du savoir n'est pas simple: le discours des non-professionnels sur leur santé a d'autant plus de chance d'être entendu qu'il est proche culturellement des professionnels. Inversement, l'information sera d'autant mieux perçue par les usagers que leur culture est proche de la culture dominante, et ceux qui en sont le plus loin sont aussi ceux qui souffrent le plus. Il y a là un risque non négligeable d'aggraver les inégalités. De plus, acquérir l'information seulement est notoirement insuffisant si l'on n'a aucun pouvoir de contrôle sur l'environnement. Bien plus, cette prise de conscience, sans moyens d'agir, peut être génératrice d'angoisse.

### Phénomènes de société

Dans une telle conception de promotion de la santé, l'action sur les modes de vie et les comportements face à la santé doit prendre un aspect tout différent de l'approche habituelle de responsabilité individuelle. Sans nier la part de cette dernière, il faut bien constater que les comportements sont des phénomènes de société.

Par exemple, la consommation excessive d'alcool est en rapport avec des traditions séculaires, s'inscrit dans un marché économique considérable (l'alcool fait vivre des milliers d'individus, s'il en tue d'autres, et permet à l'État de percevoir des taxes importantes). Mais elle est aussi liée aux conditions de travail – et de chômage. D'autre part, l'alcool est un euphorisant, permet de lutter contre l'angoisse (on y «cherche l'oubli»). La publicité l'associe volontiers à la santé. En dehors de la récente campagne du Comité français d'éducation pour la santé (un verre, ça va... trois verres, bonjour les dégâts), la contre-publicité est souvent triste et moralisante. Quant à la suppression de l'alcool, elle

<sup>1</sup> L'histoire de l'asbestose montre qu'en fait une première étude avait été commencée dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, et rapidement enterrée. Elles ont été reprises cinquante ans plus tard, sous la pression syndicale, et les controverses durent encore [5].

n'est pas sans risque: voir les ravages de la prohibition aux Etats-Unis.

Enfin, à partir de quand la consommation excessive d'alcool devient-elle une maladie, ou reste-t-elle un facteur de risque? Le statut même donné au phénomène n'est pas sans conséquences importantes: facteur de risque, il légitime une politique de prévention; maladie, il fait entrer l'individu dans un rôle de malade avec tout ce que cela implique dans le rapport social au système de soins. Les mêmes constatations s'appliquent au tabac, aux toxicomanies, aux comportements alimentaires.

On insiste beaucoup sur la responsabilité des conducteurs. Mais on pourrait relever que la plupart des gens qui circulent le font dans des véhicules dont la vitesse est un des arguments de vente, pour leur travail, au vu de contraintes de temps et d'horaires qui les jettent dans des encombrements – dont la «sortie» s'accompagne volontiers de conduite dangereuse ou de bouffées d'agressivité. Et leur consommation d'alcool pourrait bien s'inscrire dans un tel contexte...

L'accident du travail, à l'opposé, est souvent jugé inévitable, les responsabilités rarement recherchées, en particulier celles de l'employeur; celles du travailleur ne donnent pas lieu à pénalisation face à une réparation automatique. Et cela est normal: les travailleurs n'ont guère de responsabilités dans l'organisation du travail, et on a pu montrer que leurs comportements de risque leur permettaient souvent d'affronter les situations dangereuses.

De fait, les conduites de risque ne sont pas forcément entièrement négatives: chez l'adolescent, par exemple, elles lui permettent entre autres de découvrir, de forger sa personnalité, de s'affirmer face à ses parents et au monde des adultes, de se situer face à ses pairs.

### Que serait une vie axée sur la santé?

Plus généralement, on peut s'interroger sur cette vie «sans risque», axée sur la santé, où toute transgression est culpabilisante. Cela mène à ce que Foucault a nommé «l'impératif de la santé»: – vous devez être en bonne santé. Et cela pourrait bien «refléter le mode de pensée des classes moyennes... qui peuvent y affirmer leur identité par l'apparence extérieure et les comportements symboliques qui permettent de se reconnaître (jogging, littérature sur la santé, utilisation des boutiques de santé, etc...). La santé devient alors le moyen de se créer une identité collective» [8].

En d'autres termes, une société donnée et une culture donnée sont les bases de la santé. «Si elles n'apportent pas la santé, il faut «faire quelque chose» pour être en bonne santé. Et qui peut se permettre cet effort? La santé devient un luxe, pour lequel il faut avoir du temps, et des moyens; il faut ajouter quelque chose à sa vie pour être en bonne santé» [8]. Et cela peut être très difficile et contraignant pour certains d'organiser ainsi sa vie.

Et on doit se poser un certain nombre de questions sur ces modes de vie:

1. Quelle est la signification idéologique des modèles proposés? Quelles en sont les bases et les retombées en terme d'imitation culturelle d'une classe dominante, donc de perte d'identité des classes dominées? Cela se retrouve aussi bien entre pays qu'à l'intérieur d'un même pays.
2. Quelles estimations ont-elles été faites des retombées et des effets pervers possibles, et pas seulement au plan psychologique ou social? Voir par exemple la multiplication des incidents et accidents du jogging, la culpabilisation des fumeurs et le déplacement des symptômes, l'apparition de nouvelles toxicomanies, alors que l'analyse des phénomènes psychologiques, économiques, sociaux et politiques qui conduisent au tabac est loin d'être terminée et surtout prise en compte. A propos des femmes enceintes qui se contraignent d'arrêter de fumer, on a pu dire qu'on risquait de remplacer le risque «prématuré» par le risque «enfant négligé, rejeté ou battu». Vaut-il mieux un obèse heureux ou un «amaigri» triste, déprimé et agressif? En résumé, faut-il privilégier «prolonger la vie», ce qui se mesure facilement (et peut donc «s'afficher»), ou «assurer une vie épanouie»? Heureusement, les deux ne sont pas toujours contradictoires. Mais comment cela se gère-t-il au plan des inégalités?
3. Les bases scientifiques sur lesquelles s'appuient les recommandations sont loin d'être assurées: les effets de mode s'appuient sur des affirmations scientifiques – mais non étayées – de personnalités scientifiques; voir, par exemple, l'évolution des règles de puériculture dans les cinquante dernières années, qui, au nom d'une rationalité scientifique sur les conditions d'élevage des nourrissons, aboutissaient à imposer des pratiques en totale contradiction avec la culture populaire, à culpabiliser les mères et à renforcer leur aliénation. Nous ne voulons pas dire par là que toutes les recommandations de la puériculture étaient sans fondement et sans intérêt pour les enfants, mais qu'une étude plus fine des conditions dans lesquelles elles sont proposées – ou imposées – et des conséquences sociales et psychologiques qui pouvaient en découler, aurait sans doute amené à moduler largement la rigidité de ces «normes».
4. Enfin, le renforcement des moyens d'aide et d'assistance tous azimuts risque de renforcer par là même le contrôle social. L'histoire de la tuberculose est là pour nous le rappeler.

### En conclusion

Toutes ces contradictions liées à la vie sociale ne peuvent être passées sous silence. Elles sont mal connues et doivent être objets de recherche. Les réponses à ces questions, formulées et partagées avec les usagers, permettront de mieux comprendre l'inefficacité de certaines actions, la trop grande efficacité d'autres.

La participation des usagers, pour fondamentale

qu'elle soit dans le processus de promotion de la santé, se fait souvent au travers de représentants, élus sur d'autres arguments que la santé (qu'il s'agisse d'élus locaux, de représentants syndicaux); plus intéressants sont les représentants de la vie associative, mais il est loin d'être exceptionnel que ceux-ci soient des «notables». En tout cas, le risque est élevé de les voir se «professionnaliser». Enfin, quels qu'ils soient, ils ont facilement tendance à présenter une image «en miroir» des propositions ou du savoir-faire des professionnels.

Mais la santé peut aussi être le symbole de résistance: dans les mouvements de femmes, la réflexion sur la santé et le corps a été un point central de la discussion politique reflétant la résistance au contrôle médical et social sur le corps des femmes. Et cela est vrai dans d'autres groupes sociaux [9]. Mieux gérer les interactions du milieu et des individus ou des groupes permet aux usagers, aux populations, de mieux maîtriser eux-mêmes leur vie et ses contradictions.

Toutes ces constatations ne sont pas neutres et reflètent les cohérences et les contradictions de notre société. Assurer cette analyse conceptuelle et politique de notre santé est fondamental. Sinon, on se condamne à ne pas comprendre une grande partie des enjeux qui favorisent ou bloquent l'évolution vers la santé pour tous.

Pour conclure, la promotion de la santé est un concept nettement plus large que la prévention; faisant référence à la santé positive, incluant largement les non-professionnels dans un processus qui tend à se démedicaliser, elle a cependant des risques qu'il ne faut pas négliger. Elle devrait faire l'objet de nombreuses recherches dans les années à venir pour mieux préciser les idéologies qui la sous-tendent et les limites qui doivent être les siennes.

#### Résumé

On parle beaucoup de prévention dans les pays industrialisés, notamment au vu des difficultés rencontrées par les systèmes de soins. Mais souvent on pense surtout à la prévention secondaire (dépistage), qui est en fait le premier temps d'une action de traitement. Il est essentiel de prendre en compte les facteurs de risque situés en amont, ce que les professions médicales n'ont pas assez fait jusqu'ici. On n'a pas assez considéré non plus les inégalités encore fréquentes dans nos sociétés, et les multiples traumatismes que l'environnement actuel inflige aux individus. Parfois, on a mis l'accent sur des aspects «négatifs», de «condamnation», de contrôle social, de la prévention.

Ces constatations ont amené à élaborer le concept de promotion de la santé (et de santé positive), qui implique une action sur l'environnement, et un développement des capacités de chacun à gérer cet environnement et son propre développement. Dans ce cadre, la création d'un système adéquat d'information (à l'intention de la collectivité) a une place importante: il faut réaliser un partage des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être.

Les actions de promotion d'attitudes et de comportement nouveaux, de partage des savoirs, impliquent certains risques. On peut même s'interroger sur ce que serait vraiment une vie axée sur la santé, où toute transgression est culpabilisante. Quelles en sont les significations idéologiques? Ces problématiques ne sont pas neutres et reflètent les cohérences aussi bien que les contradictions de notre société. C'est une des raisons pour lesquelles tout un travail de recherche sur ces sujets sera nécessaire dans les années à venir.

#### Zusammenfassung

##### Von der Krankheitsverhütung zur Gesundheitsförderung

In industrialisierten Ländern wird viel von Prävention gesprochen, vor allem in bezug auf die Schwierigkeiten, die das Gesundheitswesen in dieser Hinsicht antrifft. Häufig wird nur an die sekundäre Prävention (Screening) gedacht, welche tatsächlich einen ersten Schritt einer Behandlung darstellt. Die zunehmende Bedeutung der Risikofaktoren bedarf aber heute auch stärkerer Berücksichtigung durch die Mediziner. Die noch bestehende Ungleichheit in unserer Gesellschaft sowie die vielen Schäden, welche unsere heutige Umwelt den Individuen zufügen kann, wurden zu wenig beachtet. Manchmal wurde gar der «negative» Aspekt der Prävention als «soziale Kontrolle» verurteilt.

Diese Feststellungen haben zu einem Konzept der Gesundheitsförderung und der positiven Gesundheit geführt, welches Aktivitäten in bezug auf die Umwelt beinhaltet, aber auch die Entwicklung der Fähigkeiten jedes einzelnen, diese Umwelt und seine eigene Entwicklung mitzugestalten, stimuliert. In diesem Rahmen ist ein gutes Informationssystem für die Bevölkerung wichtig: Wissen muss vermittelt und Einstellungen müssen verändert werden.

Förderung von neuen Einstellungen und Verhalten und Wissensvermittlung bringt auch gewisse Risiken mit sich. Man kann sich fragen, was ein wirklich gesundheitsbezogenes Leben bedeutet, wenn jede Überschreitung Schuldgefühle auslöst. Was sind die ideologischen Konsequenzen? Diese Problematik ist nicht neutral, sie widerspiegelt die Zusammenhänge und Widersprüche unserer Gesellschaft. Aus diesem Grunde sollte über diese Themen in Zukunft mehr geforscht werden.

#### Summary

##### From disease prevention to health promotion

There has been much talk about prevention in recent years in industrialized countries, especially in view of the problems care systems encounter. Often however, one refers particularly to secondary prevention, which is in fact the first step of a treatment process. It is essential to take into account the risk factors acting upstream, which medical professions have not done enough in the past. One has not considered enough either the inequalities which are still a frequent occurrence in our populations, and the multiples traumas of various sorts which present living environments inflict on individuals. Sometimes, excessive emphasis has been put on «negative» aspects (blame, social control) of prevention.

These facts have led to the elaboration of the concept of health promotion (and positive health), which implies an action on the environment, as well as the growth of everyone's ability to manage this environment and his own development. In this framework the creation of an adequate community oriented information system is very important; sharing of knowledge, skills and attitudes is indispensable.

Health promotion, including the just mentioned sharing, includes certain risks. One may even wonder what a life fully focussed on health, where any transgression will be linked to guilt feelings, would really be. What would be its ideological underpinnings? These problems are by no means neutral, they reflect the consistencies as well as the contradictions of our society. This is one reason why research is much needed on these subjects in the future.

#### Bibliographie

- [1] Grémy F, Pissarro B. Propositions pour une politique de prévention. La Documentation française, 1982.
- [2] Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris, 1976.
- [3] Petit Larousse Illustré, Paris, 1984.
- [4] Health promotion: concepts and principles. Discussion document. OMS/EURO, Copenhagen, 1984.

- [5] *Mergler D, Desnoyers L.* La recherche scientifique et la lutte pour la santé au travail. Cahiers du Socialisme, N° 3, 41–71, 1979.
- [6] *Beco Isabelle de.* La visite médicale scolaire. Le vécu des écoliers. Paris: Faculté de Médecine Saint-Antoine, 1982 (thèse pour le doctorat en médecine).
- [7] *Chaumie Catherine.* Le travail d'écoute dans la démarche d'éducation sanitaire en milieu scolaire. Paris: Faculté de Médecine St-Antoine, 1982 (thèse pour le doctorat en médecine).
- [8] *Kickbusch I.* Health promotion. A topology in health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the working group on concepts and principles. Copenhagen, 9–13 avril 1984. OMS/EURO, dactylographié, 27 pages.
- [9] *Crawford R.* A cultural account of health "self control, release and the Social Body". Inédit. University of Illinois, Chicago, 1983.
- [10] La prévention entre le contrôle et l'autogestion. Revue internationale d'Action communautaire 11/51, n° spécial, printemps 1982, 222 pages.

## Low Birth Weight and Preterm Birth: The Emerging Importance of Prevention

Earl Siegel<sup>1</sup>, University of North Carolina at Chapel Hill, USA

Traditionally the infant mortality rate has been accepted as an index of a society's general level of development, including its commitment to improved child health and development. Recently the significance of low birth weight (LBW) as a community health indicator and more specifically as a determinant of neonatal mortality and childhood morbidity has become widely appreciated [1]. Childhood morbidity is especially noteworthy in the developed countries where applications of advances in perinatal medicine have been associated with sharp increases in LBW survivors.

LBW, defined as less than 2500 g, is highly correlated with preterm births that occur at less than 37 weeks gestation. Full-term intrauterine growth retardation (IUGR) accounts for as much as one-third of LBW infants in developed countries, increasing to one-half among their low socioeconomic status populations [2]. Very low birth weight (VLBW) infants, who weigh less than 1500 g and are consistently preterm, explain most of variation in neonatal mortality and childhood morbidity [3–8]. Therefore, VLBW infants represent the group of greatest concern among the categories of LBW.

The causes of the several types of LBW are poorly understood, complex, and interrelated. The purpose of this article is to document the importance of the problem, present an attractive conceptual model regarding major risk factors associated with it, and identify promising prevention strategies. For the most part, data and experiences drawn from the English

language literature will be cited. But, to some degree at least, the interventions should also pertain to other industrialized countries. Attention will be directed to the interests of social and preventive medicine specialists, medical practitioners and public health nurses as well as maternal and child health specialists.

### Importance of Low Birth Weight

#### Neonatal Mortality

In 1980 6.8% of all live-born infants in the United States weighed less than 2500 g and 1.2% less than 1500 g [9]. The incidence of LBW among nonwhites was twice that of whites—12.5 vs 5.9%; VLBW also was much higher in nonwhites—2.4 vs 0.9% [9]. *Table 1* shows LBW and VLBW ratios for 12 other developed countries, indicating the relative seriousness of the problem in the United States, but the urgent need for its prevention everywhere will be amply documented. Studies have repeatedly shown that low birth weight infants account for two-thirds of neonatal mortality. LBW infants are almost 40 times more likely to die in the neonatal period than normal birth weight infants, while the relative risk for VLBW infants is 200 times greater [3–6]. As already noted, in the last decade LBW and VLBW-specific mortality rates have decreased dramatically. Birth-weight-adjusted mortality rates, comparing United States and Swedish trends, illuminate the differing dimensions of the problem. In Massachusetts [10] and North Carolina [11] neonatal mortality rates appear to be considerably higher than Sweden, with LBW proportions almost twice as high. However, when the two states' mortality rates were adjusted to the Swedish birth weight distributions, Massachusetts' and North Carolina's mortality rates became lower than Sweden's. Detailed analyses of

<sup>1</sup> Professor of Maternal and Child Health  
Clinical Professor of Pediatrics  
School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina 27514, USA.