

Démarche interdisciplinaire en matière de prévention

Ph. Lehmann

Sociologue, Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon, 1005 Lausanne

S'il y a un domaine dans le système de santé qui évoque plus que d'autres la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire, c'est bien celui de la prévention. On pensera en effet aussitôt aux spécialistes en communication (enseignants, professionnels des media) qui mettent en forme les messages préventifs adressés à des publics larges ou restreints. On rappellera peut-être la participation des infirmières scolaires ou de santé publique à des campagnes de dépistage. Et l'on se gardera de passer sous silence les techniciens du Bureau de Prévention des Accidents et les fonctionnaires de police, les chimistes et inspecteurs de l'hygiène industrielle ou de la protection de l'environnement. Enfin, il sera évident que les médecins, les praticiens de toutes les disciplines, les cliniciens, les responsables de santé publique ou chercheurs, ont aussi des rôles à jouer dans l'orientation et la mise en pratique de la prévention. L'évocation de toutes ces professions ne permet cependant pas d'affirmer qu'on ait affaire à une démarche interdisciplinaire.

L'interdisciplinarité : essais et exigences

La notion d'interdisciplinarité est apparue dans la problématique scientifique au cours des années 1960 et a suscité alors quantité d'expériences et d'espérances. L'Encyclopedia Universalis, entreprise interdisciplinaire par essence, dans sa première édition parue en 1968, situe cette préoccupation dans une perspective historique :

"La connaissance interdisciplinaire est à la mode; tout le monde réclame la pluridisciplinarité, la "multidisciplinarité". On peut même suspecter dans cette revendication une sorte de snobisme. Si l'on y regarde de plus près, il est aisé de découvrir que cette exigence, bien loin de constituer un progrès, n'est que le symptôme de la situation pathologique dans laquelle se trouve aujourd'hui le savoir. La spécialisation sans limite des disciplines scientifiques depuis deux cents ans a abouti à une fragmentation croissante de l'horizon épistémologique. (...) Le savant spécialisé est celui qui, à force d'en connaître de plus en plus sur un objet de moins en moins étendu, finit par savoir tout sur rien. A ce point d'émiettement de la connaissance, l'exigence interdisciplinaire est la manifestation d'un état de carence. Le savoir en miettes est l'oeuvre d'une intelligence émietée, dont on peut penser qu'elle a perdu la raison. Il s'ensuit un déséquilibre qui atteint la personnalité humaine dans son ensemble. Cette aliénation scientifique est sans doute l'une des causes du malaise de la civilisation contemporaine. (...) L'enjeu du débat n'est pas, comme on pourrait le croire, une simple question d'organisation des études; il s'agit du sens même de la présence de l'homme dans le monde" (1).

L'interdisciplinarité est une notion tellement variable qu'on ne peut guère lui donner une définition unique, mais plutôt un ensemble de conditions complémentaires. Intégration des concepts et des méthodes de disciplines scientifiques plutôt que juxtaposition de disciplines voisines (ce que l'on appelle alors "pluridisciplinarité"), elle varie en intensité et en extension, allant "de la simple communication des idées jusqu'à l'inté-

gration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie, des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant" (2). La pluridisciplinarité ou l'interdisciplinarité caractérisent soit la structure d'institutions scientifiques, soit le contenu des programmes d'études ou de recherche, soit encore une coopération dans des programmes d'intervention sociale ou technologique. Cependant, au-delà de la collaboration des spécialistes, "le temps est venu d'un remembrement de l'espace mental : un regroupement des savoirs doit restituer à l'être humain sa place privilégiée de point de départ et de point d'arrivée de toutes les formes de la connaissance" (3).

Ces exigences sont à la mesure de la foi en l'homme maîtrisant l'univers par les sciences et les techniques telle qu'on l'avait encore en 1970. Pourtant, le dépassement des limites du "savoir endiscipliné" s'est heurté maintes fois aux mêmes obstacles. Les questionnaires remplis en préparation au colloque de Nice de 1970 par 130 universités ouvertes à l'interdisciplinarité "présentent une inquiétante homogénéité : manque de moyens - rigidité des structures institutionnelles - rigidité des personnes - résistance des cadres disciplinaires" (4). Ces difficultés sont observées de façon très générale et, sauf quelques cas isolés, restent d'actualité quinze ans plus tard dans le monde de la recherche ou de l'enseignement.

La médecine préventive en quête d'interdisciplinarité

S'interroger aujourd'hui sur l'interdisciplinarité dans la prévention, c'est postuler que les rapports entre la médecine et les sciences de l'action sociale y seraient différents de ceux qu'entretient la médecine avec les disciplines et professions coopérant dans le secteur curatif. Quand ici on reconnaît la compétence exclusive ou décisive d'une seule discipline, qui s'entoure certes d'auxiliaires, on souhaiterait la voir collaborer sur pied d'égalité les représentants de plusieurs sciences pour éviter la maladie, l'accident ou le handicap. La tâche est plus diverse, les moyens aussi, et l'art de guérir, quel que soit le progrès médical, ne suffit pas à qui veut prévenir. Néanmoins, dans l'action préventive, c'est la médecine, ou sa discipline spécialisée la médecine préventive, qui définit les concepts directeurs, les critères de vérité (l'épistémologie), la terminologie, la méthodologie, les procédures, et l'organisation sociale des savoirs et des interventions. Cette position toujours dominante tient au mandat social donné par la collectivité à la médecine et au monopole qui lui est accordé. Eliot Freidson, référence majeure en sociologie médicale, définit clairement cette position : "La médecine a obtenu une juridiction quasi exclusive pour déterminer ce qu'est la maladie, et, partant, elle définit comment il faut se comporter pour être considéré comme malade" (5). En faisant de la maladie une déviance légitimée, en attirant et en traitant ceux qui sont définis comme malades, la médecine ne s'oriente pas vers une définition positive de l'état de bonne santé mais manifeste "un parti pris en faveur de la maladie" (6). Le caractère particulier de ce monopole médical ne vient pas nécessairement de la solidité scientifique des connaissances et des traitements médicaux; il représente

plutôt un accord, un consensus. "Pour évaluer la nature de ce processus, il est très important de séparer niveau scientifique réel et statut de la profession; car la médecine a étendu sa juridiction bien au-delà de sa capacité effective et démontrable à guérir. (...) Cela nous montre que la prépondérance atteinte par une valeur sociale comme la santé est inséparable du développement de ce qui la véhicule : un corps de métier organisé qui réclame la juridiction sur cette valeur. Une fois la juridiction officielle obtenue, la profession est alors portée à créer ses propres notions spécialisées de ce qui sera appelé maladie" (7).

Souvent, le mandat donné à la médecine pour traiter la maladie lui donne aussi autorité pour tenter de la prévenir et même de plus en plus pour promouvoir la santé. Et c'est là qu'elle va entrer en conflit avec les valeurs culturelles et les habitudes de vie : sociabilité (avec alcool et tabac), gastronomie et traditions culinaires (beurre, crème, lard, saindoux...), loisirs (inactivité ou risque), consommation marchande, etc. D'autres "facteurs de risque" la verront se heurter aux cadres bien établis du travail ou de l'école, comme le relève la sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants : "C'est l'école elle-même qui est pour une bonne part responsable des angoisses et des conflits, et c'est elle-même qui crée par là les conditions prédisposant les jeunes à la consommation d'alcool et de drogues" (8).

Si les définitions médicales de la maladie et du comportement de malade sont communément admises, les critères médicaux actuels de la prévention des maladies n'ont pas la même force d'évidence et de pénétration dans la culture et dans les structures sociales. Lorsqu'il s'agissait d'assainir l'eau potable, la voirie ou même les logements, les hygiénistes pouvaient s'appuyer sur le consensus établi autour du modèle pasteurien, et le lien direct du germe à la maladie était facilement compris (9). Il en va plus ou moins de même aujourd'hui pour la surveillance ou l'élimination des substances reconnues nocives dans l'alimentation ou sur les places de travail (10). En revanche, le consensus social n'est pas plus acquis actuellement aux recommandations médicales sur le style de vie qu'il l'était au début de l'ère industrielle pour élever le revenu des prolétaires. Pourtant, amener le style de vie de couches entières de la population aurait des effets sur la morbidité et la mortalité comparables à ceux produits par l'amélioration générale des conditions de vie en Occident depuis le début de ce siècle : pour Sir Richard Doll, "même s'il ne paraît pas réaliste de penser que l'on pourra (...) arriver à une durée de vie de 110 ans, il n'est pas déraisonnable de situer l'espérance de vie à 85 ou 90 ans, peu de sujets mourant avant l'âge de 70 ans" (11).

Au moment où la dimension non spécifique de la prévention des maladies prend plus d'importance (12, 13, 14), la médecine est amenée à solliciter, non plus seulement des auxiliaires, mais dans une certaine mesure une coopération interdisciplinaire. Le rôle des spécialistes non-médecins est encore souvent limité à la recherche des langages et des formes de communication appropriés pour transmettre des messages médicaux (enseignement, publicité, media, action communautaire, etc.). Quelques ouvertures plus spécifiques sont créées vers la recherche de concepts psychosociologiques : "lifestyle", "life events", "social support", "coping" (15) ou psycho-économiques : effet des prix et taxes sur les consommations autodommageables (16). Mais il n'est pas rare que les médecins et épidémiologistes préfèrent construire leurs propres concepts, adaptés à leur problématique, quitte à ne pas tenir compte de l'épistémologie ni des théories des disciplines normalement concernées. Des exemples manifestes de cette pratique sont l'invention du "comportement de type A" (17) par des épidémiologistes des maladies cardio-vasculaires et celle du "stress" par Selye (18, 19).

Par ailleurs, il arrive que des programmes de prévention, orientés et dirigés par des responsables médicaux, laissent suffisamment d'autonomie à ceux et celles qu'ils ont engagés comme auxiliaires (infirmiers, diéticiennes, animateurs, moniteurs sportifs, etc.) pour que ceux-ci entreprennent à leur niveau une coopération interdisciplinaire (avec ou sans les médecins) qui débouche parfois sur une réappropriation professionnelle de l'intervention préventive (20). Cette direction correspond, à très petite échelle, à ce que l'OMS appelle, dans son programme d'objectifs européens de la santé pour tous, "broad intersectoral support and resources for the promotion of healthy lifestyles" ("un large support intersectoriel et des ressources pour la promotion de styles de vie favorables à la santé") (21). Or, la planification d'une politique de santé selon le modèle en question se définit par des résultats à atteindre plutôt que par le développement des pratiques professionnelles ou institutionnelles en place; autrement dit, par les besoins plutôt que par l'offre. Elle exige l'interdisciplinarité non seulement pour l'exécution des programmes mais aussi au niveau des décisions.

Une telle orientation de la politique de santé ne laisserait pas forcément moins de place aux médecins au profit d'autres "experts", mais elle ne pourrait plus se fonder sur le rapport médecin-malade comme alpha et oméga des problèmes de santé et de maladie.

SUMMARY : Interdisciplinarity and Prevention

In the field of prevention, there is a need for increased interdisciplinarity. This notion requires integration of scientific conceptions and methodology. But the social monopoly given to curative medicine and extended to preventive medicine doesn't make such an interdisciplinarity opening easy.

ZUSAMMENFASSUNG : Interdisziplinarität und Prävention

Im Bereich der Prävention benötigt man eine berufsüberschreitende Zusammenarbeit, besser noch eine eigentliche Interdisziplinarität. Dies verlangt eine Integration der verschiedenen wissenschaftlichen Konzepte und Methoden. Die kurative Medizin mit ihrer unangefochtenen sozialen Stellung, die sich auch auf die Prävention überträgt, erleichtert die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht.

- (1) Gusdorf G. Article : Interdisciplinaire (connaissance) Encycl. Univ. 8e vol., 1086-1090, 1968
- (2) L'interdisciplinarité. Séminaire du CERI à l'Univ. de Nice, 7-12 sept. 1970, OCDE, 1972, p.23-24
- (3) Gusdorf G., réf. 1., p. 1089 - (4) Séminaire CERI, réf 2, p. 68
- (5) Freidson E. La profession médicale. Payot, Paris, 1984, p. 211
- (6) *ibid* p. 257 - (?) *ibid* p. 253-4
- (8) Commission fédérale des stupéfiants - Rapport sur la drogue. Berne, mars 1983, p. 73
- (9) Pierret Janine. Les idéologies sanitaires. Après-Demain, no 201, 7-9, février 1981
- (10) Société suisse de médecine, d'hygiène et de sécurité du travail. Hygiène du travail en Suisse. Méd. Soc. Prév. 29, 13-41, 1984
- (11) Sir Richard Doll. Perspectives de l'action préventive. Forum mondial de la santé, 4, 246-256, 1983
- (12) Rapport sur les travaux en vue de l'élaboration d'une loi fédérale sur la prévention. OFSP, Berne, août 1982
- (13) SSMSp. Organisation de la prévention primaire en Suisse "Modèle Prévention 83". Méd. Soc. Prév. 28, 181-184, 1983
- (14) OMS, Comité régional de l'Europe. Regional Targets in Support of the Regional Strategy for Health for All. 34e Session, Copenhague, sept. 1984
- (15) Cohen S., Syme S.L., eds. Social Support and Health. Academic Press, Orlando, 1985
- (16) Muller R. Politique en matière d'alcool, une alternative : s'agit-il d'influencer l'offre ou la demande ? In l'Etat face à l'alcool et aux drogues, ISPA, Lausanne, 1984
- (17) Meyer Friedman, Roseman R.H. Type A Behaviour and Your Heart. Fawcett Crest, New-York, 1974
- (18) Selye H. Le stress de la vie. Gallinard, Paris, 1962
- (19) Maurer M. Le stress, une définition impossible : Selye au centre de la controverse. Méd. Hyg. 42, 2240-2249, 1985
- (20) Lehmann Ph. Prévention des maladies cardio-vasculaires (Nyon) Cahiers Médico-Sociaux, 27, 1-157, 1983 - (21) OMS, réf. 14, "Target 13" p.28