

De quoi dépendra la promotion de la santé en Suisse en l'an 2000?

Une appréciation personnelle

Jean Martin

Médecin cantonal, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne

Ayant à présenter brièvement mon appréciation de la «Prévention en l'an 2000» dans le cadre de cette réunion de la Société suisse de médecine sociale et préventive, j'ai choisi de le faire en identifiant:

- Quatre changements possibles ou probables (dont les modalités précises restent toutefois sujettes à conjecture), qui influenceront ce qui se passera d'ici à l'an 2000.
- Quatre groupes qui portent des responsabilités particulières dans cette évolution.

1. Des changements qui détermineront l'avenir de la prévention

1.1. Les progrès d'une approche systémique/écologique chez les décideurs et la population

En matière de santé comme dans la vie de la société en général, plus rien n'est simple: les affections dont nous souffrons sont d'étiologie très multifactorielle, comme le sont les atteintes au milieu de vie (pollutions, mort des forêts, médiocre qualité de vie dans certains environnements construits). Il y a des tensions indéniables entre la consommation, l'accumulation des «avoir» (des «profiter») et le bien-être (l'être bien).

Les objectifs d'une vie mieux en harmonie avec le milieu (et avec son prochain) entrent en contradiction avec certains des principes qui ont présidé au développement au cours des deux derniers siècles (par exemple, «bigger is better», «on n'arrête pas le progrès»). Un des slogans en particulier qui s'est avéré *incorrect*, au niveau local comme au niveau planétaire, est «Ce qui est bon pour un individu (ce qui est à son avantage, lui apporte un profit) est forcément bon pour le groupe tout entier».

L'approche systémique/écologique nous a appris à étudier et à tenir compte des interdépendances entre les éléments d'un système, à réaliser qu'il était dangereux de prendre des orientations dans un domaine sans se préoccuper des effets (négatifs, cas échéant) qu'elles pouvaient avoir dans d'autres. Cela est particulièrement vrai en matière de prévention: on sait maintenant que le secteur médico-sanitaire n'est pas celui qui a le plus grand impact sur la santé du public, mais ce sont en réalité de multiples autres faits qui sont déterminants (notamment les conditions de vie en général). Une difficulté majeure est que, même si elle est *indispensable* à moyen et long terme, cette approche écologique paraît peu payante, politiquement, à court

terme. Cela étant, l'évolution des opinions à cet égard dans les quinze ans à venir déterminera largement ce que sera la «scène» de la prévention/promotion en l'an 2000 en Suisse.

1.2. La démographie médicale

S'agissant des aspects médico-sanitaires de la prévention (qui comporte beaucoup d'autres facettes, répétons-le), l'augmentation très importante du nombre de médecins jouera un grand rôle sans qu'on puisse prévoir précisément dans quel sens. Comme jouera un grand rôle la manière dont ils sont formés, les attitudes, les approches, les compétences qui seront les leurs (cela vaut aussi pour d'autres professionnels de santé et du domaine social).

Il est possible d'imaginer une évolution où la profession médicale, héritière d'un cadre de référence en réalité incomplet, insuffisamment adaptée aux défis du temps, s'avèrerait un obstacle à une prévention plus efficace, multisectorielle, mise en œuvre avec la participation de la collectivité. Par ailleurs, si formateurs et praticiens savent appréhender les évolutions actuelles et adapter (certaines de) leurs attitudes et de leurs pratiques en conséquence, ils peuvent à l'évidence jouer, avec d'autres, un rôle de «leadership».

1.3. Le financement de la prévention

Au moment où ces lignes sont écrites (fin 1986), les perspectives sont encore peu réjouissantes: aucun financement substantiel et régulier de la promotion de la santé n'est assuré, alors même que les coûts des soins à visée curative hospitaliers et ambulatoires ne cessent d'augmenter. Dans la mesure où les bénéficiaires de la prévention sont à long terme, où les dépenses et les atteintes qu'elles évitent ne sont, par définition, que peu ou pas visibles, les instances politiques éprouvent des difficultés à s'engager vigoureusement en mettant des ressources à disposition.

Il est possible toutefois d'espérer: le Concept 1986 de la Société suisse de médecine sociale et préventive demande l'établissement d'un Fonds suisse de prévention. Au niveau des cantons aussi, des décisions favorables à la prévention peuvent être prises: par exemple, pourquoi ne pas lui allouer un montant correspondant à une proportion donnée des dépenses hospitalières (3 à 5 pour mille par exemple). Enfin, comme cela est réalisé actuellement dans plusieurs pro-

grammes communautaires (Aarau, Nyon, Lyss, Steffisburg), les pouvoirs publics locaux peuvent apporter un soutien matériel d'importance.

1.4. La réappropriation de la santé par le citoyen

Il ne faut pas croire qu'il s'agisse ici seulement d'un cliché issu d'Ivan Illich ou de mai 1968. Sans doute possible, la promotion de la santé nécessite un partenariat entre les experts (y compris les professionnels de santé), les producteurs de biens et de services, les décideurs politiques, les citoyens.

Dans les soins à l'individu malade, une approche doctorale, «de haut en bas», est souvent appropriée, et demandée par la personne malade (et donc dépendante). Il en va bien différemment quand il s'agit de promouvoir des styles de vie et des conditions environnementales favorables à la santé. Il faut que chacun, individuellement et collectivement, apprenne à participer aux décisions et aux actions pratiques qu'elles demandent.

2. Des responsabilités

2.1. La responsabilité des pouvoirs publics

Cette responsabilité est importante, nécessaire, sans toutefois être suffisante (voir notamment 1.4. et 2.4.). En matière de promotion de la santé (prévention primaire active), et dans un contexte socio-politique comme celui de la Suisse, les pouvoirs publics peuvent:

- Prendre des positions de principe qui soutiennent la prévention, indiquent des directions et mettent en garde contre les facteurs nuisibles à la santé (appui symbolique qui est loin d'être négligeable).
- Stimuler et soutenir techniquement des initiatives-pilotes, qui explorent des chemins nouveaux.
- Fournir un financement de départ, qui permette de lancer des actions nouvelles («seed money» – action catalysatrice), ainsi qu'un certain support matériel à long terme.
- Jouer un rôle de coordination, de plaque tournante au niveau d'un canton ou d'une région; rôle particulièrement important, mais qui doit être rempli sans autoritarisme, dans une optique de complémentarité et de potentialisation de toutes les actions pertinentes.

Ces considérations valent aux différents niveaux:

- Le niveau cantonal est de grande importance dans la mesure où c'est là d'abord que se trouve l'autorité sanitaire.
- Le niveau fédéral ou supracantonal peut jouer un rôle notable par le Fonds suisse de prévention (cas échéant), par la section de prévention de l'Office fédéral de la santé publique, par des centres et associations spécialisés (voir Concept 1986 de la SSMSP).
- Le niveau local et régional est fondamental. Pratiquement (avec des soutiens techniques et matériels venus de plus haut), c'est peut-être celui qui a le plus

grand potentiel pour la prévention primaire active et l'éducation pour la santé.

2.2. La responsabilité des associations privées, Liges en particulier

Certaines des liges et associations médico-sociales créées dans la première moitié de ce siècle se trouvent à la croisée des chemins (voir le numéro 3/1984 de *Médecine sociale et préventive*, entre autres notre article dans ce numéro-vol. 29, p. 109–111). L'évolution des situations épidémiologiques (mortalité, morbidité) et les transformations des moyens de traitement font que, par rapport à leurs tâches traditionnelles, ces liges sont «victimes de leur succès». Cela étant, elles peuvent chercher à répondre au défi du moment:

- L'essentiel n'est plus de mettre en œuvre des programmes de dépistage systématique de troubles essentiellement somatiques et bien catalogués.
- Mais il s'agit d'entrer carrément dans le domaine de la promotion de la santé tel qu'il est présenté et discuté au cours de ces Journées d'automne de la SSMSP, et tel que le définit l'OMS.
- Il faut pour cela être imaginatif, dans la perspective d'œuvrer dans la collectivité, avec les gens là où ils sont (bénévoles motivés, sociétés récréatives, associations d'usagers, milieu de travail).

Répondre adéquatement aux besoins actuels demande des réorientations importantes de la part des organisations concernées: entre autres, il convient de passer d'une façon de faire plutôt «paternaliste», sous l'égide de comités solides mais peu novateurs, à des modes de fonctionnement participatifs. Et, parce que la promotion de la santé correspond d'abord à une attitude d'esprit et à un style de vie non spécifiques (globaux), il est impératif qu'il y ait plus de coordination entre elles (pour minimiser les chevauchements, potentialiser l'impact des efforts faits).

En bref, les liges et autres associations peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention en l'an 2000. Pour cela toutefois, il faut qu'elles se dynamisent, qu'elles se dépoussièrent et qu'elles s'ouvrent à l'interdisciplinarité et à la collaboration (ce qui pourrait dans certains cas rendre souhaitable la fusion de plusieurs organisations).

2.3. La responsabilité des professionnels, notamment ceux de prévention et santé publique

De multiples groupes (de l'agriculture et des domaines techniques à la prévention routière et aux services de santé) ont un rôle à remplir. Ils doivent eux aussi jouer le jeu du partenariat, de l'approche globale.

Cela demande des changements dans la formation et dans les pratiques. En particulier, les professionnels de la prévention et de la santé publique, y compris ceux qui travaillent au sein de structures académiques, doivent s'engager pratiquement dans la conceptualisation, la programmation et la réalisation d'actions communautaires.

2.4. La responsabilité du citoyen (de l'usager)

Comme dans beaucoup d'autres secteurs de la vie de la société, les conditions nécessaires à la promotion de la santé ne pourront être créées qu'avec les individus eux-mêmes. Les changements de comportements, qu'il s'agisse de mode de vie ou de préservation de la qualité du milieu, ne se décrètent pas (ou seulement pour une part modeste); ils se feront donc par les gens ou ne se feront pas.

Il est vrai que le contexte socio-politique représente des contraintes réelles, sur lesquelles le citoyen n'a pas

d'emprise quotidienne directe. C'est l'occasion de noter que le style de vie individuelle et sociale qu'appelle le Concept 1986 demande probablement aussi un fonctionnement revivifié de nos institutions démocratiques.

C'est dire en conclusion que ce ne sont pas seulement les ligues, mais toutes les parties intéressées qui doivent se dynamiser, se dépoussiérer et s'ouvrir. Et ceci en suivant la recommandation de René Dubos: «Penser globalement, agir localement».

Gemeindeorientierte Prävention – Wissenschaftliche Grundlagen

Frederick H. Epstein

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrastrasse 30, 8006 Zürich

Geschichtlicher Rückblick

Die gemeindeorientierte Prävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung. Die gemeindeorientierte Sicht von Gesundheitsvorsorge hat in den letzten 15–20 Jahren klare Gestalt angenommen. Die traditionelle, klinischorientierte Prävention setzt ein, wenn beim einzelnen die Gesundheit aufhört und die Krankheit oder ihre Vorboten ihren Anfang nehmen. Die Gemeindeorientierung schliesst die Wechselwirkung zwischen Mensch, Lebensgewohnheiten und Umwelt in der Gesamtbevölkerung ein. Es handelt sich nicht um Gegensätze: der klinische Ansatz ist ein Teil des Ganzen.

Das Modell der gemeindeorientierten Prävention chronischer Krankheiten – sie ist bei akuten, übertragbaren Krankheiten alt-ingesessen – stammt zu einem grossen Teil aus der Epidemiologie kardiovaskulärer Krankheiten, welche in den letzten 30 Jahren zu einem Wegbereiter für die Prophylaxe chronischer Krankheiten im allgemeinen wurde. Das Konzept der Risikofaktoren für die Koronarkrankheit liess schon in den sechziger Jahren keinen Zweifel mehr daran, dass Risikoträger in der Bevölkerung gefunden und vorbeugend behandelt werden müssen. Jedoch schon damals wurde die Frage gestellt, ob ausser den Risikoträgern nicht auch die Gesamtbevölkerung in die Prävention einbezogen werden sollte. Dies war eine logische Konsequenz der Kenntnis, dass das Krankheitsrisiko mit steigendem Wert der Risikofaktoren kontinuierlich zunimmt [1]. Somit gibt es für die Risikofaktoren keinen Schwellenwert, unter welchem das Risiko einer klinisch manifesten Koronarkrankheit vernach-

lässigt werden kann. Schon zu jener Zeit gab es in den Vereinigten Staaten heftige Diskussionen, ob die wissenschaftlichen Grundlagen für präventive Empfehlungen an alle Bürger zureichend seien. Dies war der Ursprung der grossen Interventionsstudien. Es mangelte aber an einer systematischen Formulierung der Problematik. Zu diesem Zweck wurden Anfang der siebziger Jahre die Begriffe «Community Approach» und «Clinical-individual Approach» definiert, was mit «Gemeindeorientierter Ansatz» und «Klinisch-individueller Ansatz» übersetzt werden könnte [2]. Es wurde gleichzeitig gezeigt, dass die Beschränkung der Prävention auf Risikoträger mindestens die Hälfte der zukünftigen Opfer einer Koronarkrankheit ungeschützt lassen würde. Diese Überlegungen schlugen aber erst 10 Jahre später ein, als Rose seine Arbeit über die Strategien der Prävention am Beispiel der Koronarkrankheit veröffentlichte, welche den Konzepten einer Massen(Bevölkerungs)strategie und Risikoträgerstrategie (mass strategy and high-risk strategy) zum Durchbruch verhalf [3]. Obwohl noch heute versucht wird, die beiden Strategien gegeneinander auszuspielen, sollte es offensichtlich sein, dass sie nicht Alternativen sind, sondern sich gegenseitig ergänzen, denn Risikoträger benötigen intensivere Präventionsmassnahmen, als sie die Bevölkerungsstrategie zu vermitteln vermag. Später brachte Rose die beiden Ansätze besonders prägnant zum Ausdruck, indem er von «kranken Bevölkerungen» und «kranken Individuen» sprach, wobei die Bevölkerungsstrategie kranke Bevölkerungen, die Risikoträgerstrategie Krankheit beim einzelnen verhüten soll [4].