

[13] Gutzwiller F, Junod B and Schweizer W, Eds.: *Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten – Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms 1 A*. Bern, 1985

[14] Keil U, Stieber J, Döring A and Chambliss L: *Das kardiovaskuläre Risikofaktorenprofil im Studiengebiet Augsburg*. Ergeb-

nisse der 1. Querschnittsstudie. In: *GSF-Bericht 3/86, Internationaler MONICA Congress Augsburg, Kurzfassungen und Vorträge*, 1986: 34

[15] Bray GA: *Obesity*. In: Kaplan NM and Stamler J, Eds. *Prevention of Coronary Heart Disease – Practical management of the risk factors*. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1983: 73–85

## Médecine et prévention: considérations éthiques

Hubert Doucet

Faculté de théologie, Université Saint-Paul, 223 rue Main, Ottawa, Ontario Canada, K1S 1C4

L'éthique ne s'élabore pas dans le vide; le contexte est déterminant de ses jugements et de ses prises de position. C'est pourquoi ce texte cherchera d'abord à préciser les termes médecine et prévention. En effet, selon les définitions que l'on attribuera aux deux termes, les considérations d'ordre éthique s'orienteront différemment. Dans le contexte des discussions contemporaines sur santé et médecine, la primauté de la prévention sur la dimension curative est de plus en plus affirmée. Cette affirmation qui a pour elle de nombreux arguments de tous ordres n'est pas sans soulever des questions. Ce sera l'objet du second point. La troisième partie abordera la question de la responsabilité de la prévention.

### Les termes en cause

Si la médecine n'existe qu'en fonction de la personne malade, si le fait de la maladie définit l'acte médical [1], le champ de la prévention en médecine peut être circonscrit avec une certaine précision. Dans ce contexte, la médecine n'est pas responsable de toutes les dimensions de la santé, elle n'est pas ce que l'on appelle la santé publique. Au sens strict des termes, médecine et santé publique ne s'identifient que dans la prévention tertiaire; il faut même ajouter que médecine préventive et santé publique sont des concepts différents bien qu'à leur origine ils aient été souvent confondus [2].

La médecine dont l'objectif est de favoriser la santé en la restaurant n'en a pas toute la responsabilité; elle doit donc s'intégrer à un ensemble plus vaste qu'elle-même. Elle doit reconnaître que, malgré l'espérance qu'elle a toujours représentée pour une personne atteinte dans son intégrité et la puissance technologique dont elle s'est maintenant entourée, elle n'est pas le tout de la santé mais seulement une province, si centrale fût-elle. Si la médecine définit la prévention, celle-ci se développera selon un modèle médical. En raison de ses tendances centrifuges, elle privilégiera des options comme le dépistage précoce dans les cas de grossesses à risque ou de travailleurs à haut risque, les examens individuels de santé comme les «check-up» et les consultations pédiatriques de dépistage, les opéra-

tions préventives comme certains pontages coronariens, les interventions d'ordre chimique comme dans certains cas d'hypertension.

Le modèle médical arrive mal à reconnaître que les conditions de vie sont déterminantes de la qualité de l'existence humaine et que la maladie est aussi un facteur social. L'histoire des cent dernières années concernant l'allongement de l'espérance de vie et l'analyse des causes contemporaines de mortalité montrent à souhait que l'environnement et le style de vie sont les facteurs décisifs d'une réelle prévention.

Cette vision des choses n'oblige-t-elle pas dès lors à transformer la médecine en politique ou en éducation permanente comme certains sont parfois tentés de le faire? La définition du rôle médical comme promotion du savoir-vivre n'est pas née avec la révolution culturelle des années 1960; la conférence d'ouverture de la première rencontre annuelle de l'American Public Health Association de 1873 défendait déjà ce point de vue [2]. Identifier prévention et médecine en transformant la nature de la seconde ne sert pourtant ni l'une ni l'autre car la médecine réduira la première à son modèle et ne pourra elle-même remplir ses objectifs parmi lesquels se trouve la prévention. Si une approche systémique ou conviviale est nécessaire pour promouvoir la bonne santé individuelle et collective, s'imposent aussi des stratégies préventives proprement médicales dans lesquelles la rencontre clinique est de première importance [3].

Plutôt que de vouloir changer la nature de la médecine, ne faut-il pas plutôt reconnaître que de multiples variables déterminent l'état de santé? Celui-ci est à la fois conditionné et renforcé par le style de vie de tout un chacun et il est préservé, au sens large du terme, par le jeu des interactions complexes entre la structure génétique de l'individu et les forces de l'environnement [4]. Tout cela (style de vie, structure génétique, environnement) concourt à façonner la courbe individuelle de santé et exige des formes variées d'interventions. Surgit alors une double question: le monde médical peut-il accepter de s'intégrer aux autres univers de la prévention et les autres secteurs de la santé

sauront-ils reconnaître l'apport spécifiquement médical à la prévention?

Voilà déjà un certain nombre de questions d'ordre éthique que soulève une tentative de préciser les termes. Si l'on essaie maintenant de voir comment doit se vivre la relation entre l'approche préventive et l'approche curative, d'autres questions éthiques surgissent. C'est le second point.

### La primauté de la prévention

Depuis quelques années, de nombreuses études ont fait valoir l'exigence éthique de privilégier la prévention. Différents motifs sont apportés, les uns sont d'inspiration utilitariste [5], d'autres sont fondés sur la justice [6] ou l'équité [7]. Les implications de ces prises de position sont claires. Pour les uns, les ressources disponibles seront utilisées au mieux si elles le sont dans des actions préventives, ce qui présuppose des coupures du côté de la médecine curative [8]. D'autres mettent l'accent sur les avantages à moyen et à long termes de la prévention, les coûts des soins médicaux étant ainsi considérablement réduits [9].

Malgré leur intérêt, ces études doivent être reçues avec un certain esprit critique. Les positions éthiques qui tiennent à privilégier l'action préventive le font au nom du principe coût-avantage et conséquemment d'une meilleure distribution des ressources. A ce niveau, trois remarques s'imposent. La méthode coût-bénéfice est d'abord limitée dans ses résultats dans la mesure où elle livre des approximations raisonnables plutôt que la vérité. Deuxièmement, la baisse des coûts des soins de santé que permettrait la prévention ne peut être réalisée qu'à long terme [10]. Peut-on, dans ce contexte, réduire dès maintenant les fonds alloués à la médecine curative? Ne serait-ce pas alors être injuste à l'égard des personnes en difficulté? Enfin, les arguments mis en avant par un grand nombre d'éthiciens américains font ressortir les avantages économiques sans suffisamment mentionner d'autres avantages. Les avantages de la prévention ne sont pas que pécuniaires, ils servent la qualité de la vie des individus et de leur intégration sociale. Il importe donc d'élargir le débat.

Les différentes positions d'ordre éthique qui affirment le primat de la prévention ont pour elles, malgré certaines faiblesses, l'avantage de la logique; elles se basent sur des données empiriques de plus en plus reconnues. Certains promoteurs de la prévention ne sont pas cependant suffisamment attentifs à des dimensions fondamentales de l'expérience humaine, dimensions qui ne sont pas rationnelles. On sait, par exemple, l'effort extraordinaire que des collectivités sont prêtes à fournir pour sauver un individu qui s'est perdu en montagne ou en forêt alors que, dans le quotidien de leur existence, elles n'acceptent pas de fournir la même énergie pour la promotion des personnes pauvres ou laissées pour compte. Au plan des soins de santé, il en va de même: la psychologie de la maladie, l'insécurité qu'elle crée et l'urgence de l'intervention

qui en découle expliquent sans doute pourquoi la raison seule ne peut avoir le dernier mot.

Passer d'une médecine curative à une approche préventive exigerait de la part des groupes humains concernés des conversions radicales des individus dont la vie prend forme à travers des modèles culturels significatifs. De mauvaises habitudes de santé peuvent avoir d'importantes fonctions de cohésion sociale, ainsi en serait-il de l'alcool [11]. Mettre fin à des comportements issus d'une tradition vivante pour choisir des actions basées sur la rationalité de la prévention implique une transformation radicale des mentalités que la pureté des arguments éthiques arrivera difficilement à mettre en œuvre. La question sous-jacente à tout cela est: quel type de vie les différentes communautés humaines veulent-elles vivre? Quelles valeurs veulent-elles privilégier?

Une raison d'équité exige enfin de relativiser l'absolue priorité que l'on pourrait vouloir donner à l'approche préventive. L'exemple des facteurs de risque dans les maladies cardiaques comme les régimes riches et la cigarette est ici éclairant. Des programmes de prévention ont conduit les groupes plus éduqués à transformer leur style de vie. Les groupes moins éduqués, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas accès à l'information scientifique, n'ont pas été touchés [12]. La primauté de l'action curative ne s'impose-t-elle pas, dans ces cas, en raison de l'inégalité des situations que la société a permise, tolérée ou voulue? Ne s'agit-il pas d'un élément de justice compensatoire?

Reconnaître la limite de l'approche préventive n'est pas refuser celle-ci. C'est plutôt contester une trop grande simplification qui risquerait de conduire aux désillusions qu'entraînent les idéologies de la santé [13, 14].

### La responsabilité de la prévention

Ces dernières années, le rôle fondamental de l'individu dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie a été particulièrement souligné. Le style de vie de chacun joue un rôle majeur dans l'état de santé et de maladie: il détermine la qualité et la longueur de la vie [15, 16]. Ici encore il faut s'interroger non pas sur la justesse du point de vue mais sur certaines conclusions dogmatiques que l'on en tire.

Individu et société sont indissociables. Cette donnée, les sociétés libérales contemporaines arrivent mal à l'intégrer, d'où l'échec des stratégies basées sur l'appel au seul changement individuel [13, 15]. L'exemple de la cigarette peut être à nouveau utilisé. Des données récentes montrent que les «professionnels» de sexe masculin ont, dans les dix dernières années, diminué leur consommation de cigarettes mais qu'il n'en va cependant pas de même des femmes et des «manuels» [17]. Même si la résolution d'arrêter de fumer est prise par un individu, l'appartenance à un groupe social apparaît une force déterminante dans la prise de décision.

Les chantres de la responsabilité individuelle semblent trop souvent ignorer les origines sociales complexes des problèmes de santé. Même John Knowles qui privilégie la primauté de la responsabilité individuelle dans les questions de santé doit cependant reconnaître que les pauvres et les opprimés ne peuvent porter la culpabilité de leur santé détériorée [18]. L'accent mis sur le rôle central de l'individu risque de servir d'argument à une société pour fuir ses responsabilités à l'égard des groupes pauvres et culturellement désavantagés.

L'indissociable relation individu-société affirme que chaque individu vit dans une culture qui privilégie des valeurs et des modes de vie spécifiques. Les professionnels de la santé appartiennent pour la plupart à une sous-culture qui valorise la santé au point d'en faire le bien le plus précieux. Les multiples sous-cultures de nos sociétés ne valorisent cependant pas les mêmes éléments de la vie et ne définissent pas la santé de façon identique. Toute tentative pour placer au premier rang la valeur santé impliquerait, pour certains groupes, la perte ou l'amenuisement d'autres valeurs; ce serait donc une transformation culturelle. Jusqu'où toute prévention exige-t-elle un tel changement? Comment distinguer le colonialisme culturel du véritable service aux personnes et aux différentes communautés?

#### Les modèles d'action

La responsabilité de la prévention ne peut donc relever uniquement de l'individu, ce dernier n'existant que dans une communauté. Il faut développer des modèles d'action qui tiennent compte des deux éléments. Robert M. Veatch a proposé un modèle multicausal dans lequel il y a place pour le déterminisme et le volontarisme, le social et l'individuel. Veatch lui-même est conscient de la difficulté de son approche mais, comme il le note, cette théorie «n'est pas plus illogique ni invraisemblable qu'une théorie réductionniste ou monocausale» [19]. Pour l'auteur, la même question est au cœur des problèmes classiques de la philosophie et de la théologie: comment reconnaître, à la fois, une liberté de la volonté et un monde dont l'ordre soit prévisible?

L'interprétation multicausale comporte plusieurs avantages. En affirmant la responsabilité du sujet, elle refuse de réduire l'individu au seul jeu des forces externes ou d'en faire un objet passif manipulable par la bureaucratie gouvernementale, la profession médicale ou une autre puissance. En même temps, l'attention demeure tournée vers les composantes économiques et sociales de la maladie. Dans un tel contexte, les décisions simplistes apparaissent impossibles. Il faut alors créer dans la complexité et l'ambiguïté du réel. Des choix seront à faire, ils le seront dans la conscience de leurs limites et la reconnaissance d'une certaine responsabilité des individus.

Dans ce contexte, une société peut-elle imposer des comportements de santé aux individus? Les sociétés

démocratiques ont fait de la liberté la valeur centrale. Les mesures coercitives qui sont prises au nom de la prévention sont-elles alors acceptables? Des gouvernements, par exemple, ont adopté des mesures coercitives pour assurer la santé au travail. Des groupes demandent parfois d'augmenter la sévérité de ces mesures. Pour caractériser certaines de ces politiques en matière de santé au travail, d'autres groupes parleront d'«une liberté de zoo» [20]. Selon les pays et les écoles, cette question de la liberté et de la contrainte sera interprétée différemment. Ainsi les législatures de certaines provinces canadiennes et de certains états américains refusent, au nom de la liberté, d'imposer le port du casque protecteur pour les motocyclistes ou la ceinture de sécurité pour les automobilistes. Ailleurs, cette décision est considérée comme sage et ne met nullement en cause le sens même de l'autonomie individuelle. La question devient alors: jusqu'où un gouvernement peut-il intervenir pour imposer des normes et des politiques de comportements de santé?

#### Les interventions gouvernementales

Il faut d'abord reconnaître que les gouvernements interviennent pour imposer des mesures préventives. Depuis au moins un siècle, ils sont largement intervenus: immunisations obligatoires, amélioration de la qualité de l'hygiène publique tant dans l'habitation que dans les conditions de travail, limitation de la vitesse sur les routes, dépistage génétique chez les nouveau-nés. Ils continuent de le faire. De fait, les meilleures mesures préventives ont été et sont non-volontaires.

Par comparaison avec le passé, les mesures préventives exigées aujourd'hui sont cependant quelque peu différentes. Il ne s'agit plus d'imposer des mesures sanitaires destinées à limiter les maladies infectieuses mais bien de réformer les styles de vie. La question qui se pose est la suivante: jusqu'où s'étend la responsabilité des gouvernements de se lancer dans une entreprise de modification du comportement humain, même si cela sert l'amélioration de la santé? D'où la question éthique: à quelles conditions la coercition est-elle moralement justifiable et respecte-t-elle le pluralisme de nos sociétés? De telles mesures pourraient mettre en cause des traditions tout entières; pour être justes, elles devraient alors répondre à des problèmes objectivement graves et dont le bénéfice attendu dépasserait la perte provoquée. Certaines politiques de santé peuvent apparaître importantes aux yeux de certains groupes; ceux-ci auront tendance à imposer leur point de vue. A moins d'être assurée que la mesure préventive soit objectivement fondée, une autorité gouvernementale ne peut imposer des politiques de santé à toute une collectivité au nom des intérêts d'un groupe particulier.

L'éducation à la santé apparaît comme la réponse contemporaine au dilemme liberté-coercition [15], l'éducation étant habituellement vue comme un lieu de respect pour la liberté. Une série de questions surgit ici concernant par exemple la persuasion, le style des

interventions, les messages publicitaires, etc. Le cadre de cette présentation ne me permet pas de pousser plus loin la réflexion à ce propos.

### Conclusion

La prévention doit être envisagée à partir ni de la primauté de la liberté individuelle ni de la seule efficacité économique des mesures envisagées mais à partir de la justice sociale, c'est-à-dire de la création d'une communauté juste pour l'ensemble de ses membres. Dans ce sens, l'éthique est essentiellement un lieu de dialogue critique au service de la promotion des personnes et des communautés. Dans ce sens, elle rejoint profondément l'idéal de la prévention. Cependant, de l'idéal à la pratique, il y a une distance que j'ai tenté de façon critique de mettre en relief de manière à l'amenuiser et à permettre ainsi à cet instrument qu'est la prévention d'atteindre son but.

### Résumé

L'auteur présente une synthèse des principales questions éthiques que soulève l'intérêt grandissant pour la prévention dans le domaine de la santé. Une première série de questions surgit de l'analyse des termes médecine et prévention: quelle est la relation qui doit exister entre les deux? Une seconde série de questions porte sur les implications que l'on tire de l'affirmation de la primauté de l'action préventive. Cette affirmation est-elle évidente ou simplificatrice? Enfin, le texte aborde la question de la responsabilité de la prévention. Depuis quelques années, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle: les origines sociales complexes des problèmes de santé sont ignorées. Ne faut-il pas plutôt privilégier des modèles d'action qui tiennent compte de la relation indissociable de l'individu et de la société? Quelle est alors la tâche des gouvernements? Le modèle éthique qui sert de base aux réflexions de l'auteur est un dialogue critique au service de la promotion des personnes et des communautés.

### Zusammenfassung

#### Medizin und Vorbeugung: ethische Erwägungen

Der Autor stellt eine Synthese grundlegender ethischer Fragen vor, die sich aus dem wachsenden Interesse für Probleme der Präventivmedizin ergeben haben. Schon die Begriffe «Medizin» und «Vorbeugung» selbst regen eine erste Reihe von Fragen an, ihr gegenseitiges Verhältnis betreffend. Eine weitere Reihe von Fragen betrifft Folgen des – heute vertretenen – Vorrangs der Vorbeugung über die heilende Medizin: ist dieser Standpunkt selbstverständlich oder verbirgt er die eigentlichen Probleme? Schliesslich wird die Verantwortung präventiver Massnahmen diskutiert und darauf hingewiesen, dass bei ihrer Diskussion in den letzten Jahren das Individuum im Zentrum stand; dadurch wurden die mehr komplexen sozialen Ursachen von Gesundheitsproblemen verdeckt: sollten wir nicht eher den Nachdruck auf Aktionsmodelle legen, die das enge Verhältnis von Gesellschaft und Individuum berücksichtigen? Was ist in bezug hierauf die Aufgabe von Regierungen? Aus all dem ergibt sich, dass der Autor ein Modell verfolgt, das, zu gegenseitigem Nutzen, den kritischen Dialog aller Beteiligten zur Grundlage hat.

### Summary

#### Medicine and Prevention: ethical considerations

The author offers a synthesis of the basic ethical issues raised by the growing interest in the prevention of health problems. The words

themselves, medicine and prevention, suggest a first range of questions. These latter mostly concern the relationship between medicine and prevention. The second set of questions deals with the implications of the priority of prevention over curative medicine as advocated these days: is this position self-evident or is it an over simplification that hides some real issues? Thirdly the responsibility of prevention is discussed: in the last years, the emphasis has focussed on individuals; by so doing, the complex social sources of health problems are concealed. Should not we rather privilege models of action that take into account the indissoluble society-individual relationship? What is the task of governments in this? The ethical model used by the author is a critical dialogue that serves to promote the best interests of both persons and communities.

### Bibliographie

- [1] *Pellegrino ED.* Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness. *Journal of Medicine and Philosophy* 1979; 4: 32–56.
- [2] *Terris M.* Evolution of Public Health and Preventive Medicine in the United States. *American Journal of Public Health* 1975; 65: 161–169.
- [3] *Levine S et al.* Does Medical Care Do Any Good? dans: *MECHANIC D*, ed. *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*. New York: The Free Press, 1983: 394–404.
- [4] *Lalonde M.* Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens. Ottawa: Ministère de la Santé et du Bien-Etre, 1974.
- [5] *Fletcher J.* Ethics and Health Care Delivery: Computers and Distributive Justice. dans: *VEATCH RM, BRANSON R*, ed. *Ethics and Health Policy*. Cambridge Mass: Ballinger Publishing Co, 1976: 99–110.
- [6] *Derr TS.* Religious Directives in Medical Ethics: Protestant Statements. dans: *REICH WT*, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: The Free Press 1978.
- [7] *Veatch RM.* What's a 'Just' Health Care Delivery? dans: *VEATCH RM, BRANSON R*, ed. *Ethics and Health Policy*. Cambridge Mass: Ballinger Publishing Co, 1976: 127–153.
- [8] *Weale A.* Statistical Lives and the Principle of Maximum Benefit. *Journal of Medical Ethics* 1979; 5: 185–195.
- [9] *Somers AR.* Why Not Try Preventing Illness as a Way of Controlling Medicare Costs? *The New England Journal of Medicine* 1984; 311: 853–856.
- [10] *Warner KE.* The Economic Implications of Preventive Health Care. *Social Science and Medicine* 1979; 13c: 227–237.
- [11] *Wilker DI.* Coercive Measures in Health Promotion: Can They Be Justified? *Health Education Monographs* 1978; 6: 223–241.
- [12] *Stahler J.* Lifestyles, Major Risk Factors, Proof and Public Policy. *Circulation* 1978; 58: 3–19.
- [13] *Cohen CI, Cohen EJ.* Health Education: Panacea, Pernicious or Pointless? *The New England Journal of Medicine* 1978; 299: 718–720.
- [14] *Green LW.* The Oversimplification of Policy in Prevention. *American Journal of Public Health* 1978; 68: 953–954.
- [15] *Faden RR, Faden A.* Preface. *Health Education Monographs* 1978; 6: 177–179.
- [16] *Kass L.* Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health. *Public Interest* 1975; 40: 31–33.
- [17] EDITORIAL. Self Care – Self Blame. *The Lancet* 1981; 2: 846–847.
- [18] *Knowles JH.* The Responsibility of the Individual. *Daedalus* 1977; 106: 79.
- [19] *Veatch RM.* Voluntary Risks to Health. *Journal of American Medical Association* 1980; 243: 50–55.
- [20] *Fuchs V.* Who Shall Live? New York: Basic, 1974.