

Des rôles et des enjeux

Monique Van Dormael, docteur en sciences sociales, spécialisée en sociologie de la santé, professeur au département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et à l'école de santé publique de l'Université de Liège.

Quels rôles les professionnels de soins ont-ils à jouer en matière de prévention et de promotion de la santé ? Telle est sans doute l'interrogation centrale de ce cahier, qui met en évidence la nécessité pour les professionnels de jongler sans cesse avec des principes et des critères multiples et parfois contradictoires pour les maintenir en équilibre.

Premier constat : il s'agit tout d'abord de relativiser leur rôle, les professionnels de soins étant loin d'être les seuls acteurs en matière de prévention. L'histoire nous rappelle que, si l'on a effectivement observé un déclin de la mortalité par maladies infectieuses au cours du 19^{ème} siècle en Europe, ce n'est pas grâce aux soins de santé préventifs ou curatifs dont l'impact est resté minime jusqu'en 1935¹. Ce déclin s'explique plutôt par l'accroissement de la production agricole et l'amélioration nutritionnelle d'une part, par des mesures d'hygiène publique (eau potable et égouts) d'autre part. Par ailleurs les préoccupations préventives ne sont pas l'apanage des professionnels. L'intérêt des hommes pour la prévention - au sens de « aller au devant de choses fâcheuses » - a toujours été présent et depuis toujours les sociétés se sont dotées de moyens divers (alimentation, rituels, prières, ...) pour prévenir le malheur. Ce qui est nouveau aujourd'hui est que d'une part la santé est devenue un champ distinct du bien-être, et que d'autre part la valorisation de la science et de l'efficacité suscite parmi la population des demandes d'informations - parfois manipulées avec des visées mercantiles - pour que leurs initiatives propres pour prévenir le mal-être ou la maladie soient en ligne avec les recommandations des scientifiques.

Relativiser le rôle des professionnels ne signifie toutefois pas de le minimiser mais plutôt d'accentuer que, à eux seuls, ils peuvent peu de choses en matière de prévention. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre des fonctions différentes, des relations différentes. Ce ne sont

pas les professionnels de santé qui améliorent la qualité de l'environnement, mais ils peuvent « prévenir » - au sens d'avertir - la collectivité et les autorités publiques de certains risques, et nouer des alliances pour lutter contre les nuisances. Ce ne sont pas les professionnels de santé qui modifient les comportements de leurs patients, mais ils peuvent informer ceux-ci et les aider dans leurs démarches de mieux-être à travers l'éducation pour la santé. Et si la « médecine préventive » à proprement parler se réduit finalement à un petit nombre d'interventions spécifiques (vaccinations, dépistages, ...) réputées efficaces et efficientes, encore faut-il que les personnes éligibles dans le cadre de ces programmes jugent utile de s'y soumettre.

Ce qui mène à la question, centrale et récurrente à travers ce cahier, de la tension permanente entre la recherche d'efficacité telle que définie par la biomédecine et l'autonomie des personnes. Quel équilibre trouver entre une approche pro-active de la prévention et de l'éducation pour la santé (au risque de médicaliser abusivement) et une approche réactive de réponse à la demande (au risque de passer à côté de besoins réels voire de demandes non explicites) ? C'est, mutatis mutandis, le choix classique qui se pose aux professionnels de santé entre deux risques d'erreurs : le risque de soigner inutilement et avec des risques iatrogènes quelqu'un qui n'en a pas besoin (les faux positifs) ou le risque de ne pas soigner quelqu'un qui en a besoin (les faux négatifs). La réaction dominante parmi les cliniciens reste d'en faire plutôt trop que trop peu². Cette logique a également prévalu lors de la mise en place de programmes de prévention ou de dépistage, de pertinence discutable, au risque de générer de la dépendance sans bénéfice potentiel significatif.

Comment concilier efficacité et autonomie des personnes en matière de soins préventifs et d'éducation pour la santé ? Il faut d'abord souligner que l'autonomie individuelle est une notion relative. De fait, les individus exercent des choix limités sur leurs modes de vie, largement déterminés par des contraintes sociales et économiques : on peut modifier son alimentation, mais difficilement en contrôler la qualité qui dépend de plus en plus de quelques



grosses industries. Et jusqu' où faut-il défendre l'autonomie individuelle lorsque l'enjeu des mesures est collectif ou lorsque le refus d'un individu d'adopter des mesures préventives est susceptible de créer des risques pour des tiers ? Même lorsque le problème semble individuel, il n'en reste pas moins que les choix individuels peuvent avoir des répercussions en termes de coûts pour la collectivité.

En insistant sur les enjeux collectifs de la prévention, on risque toutefois de tomber dans l'excès inverse de culpabilisation des « récalcitrants ». Est-ce un hasard si un des sens historiquement premiers de « prévenir » est de « citer en justice », si un « prévenu » est « une personne traduite devant le tribunal et considérée comme pouvant être coupable », et si l'on place ces coupables présumés en « préventive » pour devancer leurs actes potentiellement nuisibles³ ? Une dérive possible de visions biomédicales de la prévention est en effet la tendance à montrer du doigt, non pas un environnement défavorable, mais les personnes qui en sont victimes, laissant peu de place aux choix individuels et collectifs fondés dans des valeurs et priorités autres que la santé au sens biomédical du terme.

C'est la spécificité des services polyvalents de premier échelon que de pouvoir effectuer la synthèse entre les savoirs scientifiques et ce qui est souhaitable pour telle personne (et sa famille) étant donné son contexte de vie. Les relations nouées à l'occasion de problèmes curatifs leur permettent, en principe, d'aller beaucoup plus loin en matière de « personnalisation » de la prévention et de la promotion de la santé que ne peuvent le faire les services préventifs spécialisés qui ont des contacts plus épisodiques et pointus avec leurs usagers. Dans ce travail de synthèse de l'évidence scientifique du moment et des valeurs subjectives du patient individuel, des programmes de prévention standardisés, fondés dans des résultats de recherches, peuvent guider les décisions du praticien de la même manière que des *guidelines* cliniques sont utiles aux décisions curatives. Mais ils sont aussi insuffisants pour assurer la qualité des décisions en matière de soins préventifs que ne le sont des *guidelines* appliquées comme un livre de recettes⁴. La qualité des soins suppose autant

des compétences d'approche globale que le recours à la meilleure évidence externe disponible. Ne pas tenir compte des résultats des recherches risque de nuire aux patients. Mais les recommandations issues de ces recherches se basent sur des moyennes et peuvent s'avérer inapplicables ou inadéquates dans des situations particulières.

La mise en œuvre systématique de programmes verticaux de prévention, avec adaptation aux situations particulières, n'est pas contradictoire avec une approche horizontale « à la carte » de la promotion et de la prévention en fonction des préoccupations particulières des individus. Il s'agit certes de logiques différentes dont l'équilibre n'est pas toujours aisé à maintenir, mais qui est central dans la notion d'intégration du préventif et du curatif dans un service de premier échelon.

Les professionnels de soins ne peuvent donc pas s'appuyer sur des recettes simplistes en matière de prévention, ce qui exige une réflexion toujours renouvelée sur les priorités à définir et les attitudes à adopter dans chaque situation particulière. La richesse des expériences concrètes et des processus d'assurance de qualité relatés dans ce cahier en témoigne. ●

Bibliographie

1. McKeown Th., *The Modern Rise of Population*, Arnold, London, 1976.
2. Scheff Th. J., « Decision rules, types of errors and their consequences in medical diagnosis », *Behavioral Science*, 1963, 8 : 97-107.
3. Rey A., *Dictionnaire Historique de la Langue Française*, Robert, 1993.
4. Sackett D.L. et al., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence », *British Medical Journal*, 312, 13/1/1996 : 71-72.