Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 10 (1984)

Heft: 3

Artikel: Prévention et société, prévention et liberté

Autor: Martin, Jean

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814604

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 22.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz. Z. Soziol. / Rev. suisse sociol. 3 (1984) 825–838

PREVENTION ET SOCIETE, PREVENTION ET LIBERTE

Un point de vue de santé publique sur le programme de prévention cardio-vasculaire de Nyon, en réponse au texte de L. Gillioz, Rev. suisse sociol. 1, 1984, 37–84

Jean Martin
Médecin cantonal adjoint
Institut de médecine sociale et préventive CH–1011 Lausanne

Membre du Groupe spécialisé "Education pour la santé"
du Projet PNR 1 A (Nyon)

La plupart des observateurs, médicaux ou non, s'accordent à dire que, quand bien même il ne faut pas en attendre des transformations extraordinaires de l'état de santé de la collectivité, il y a lieu en Suisse et dans les pays comparables de promouvoir des actions à visée préventive. Etant entendu que la prévention déborde largement le domaine médical; que dans certains cas l'essentiel de l'action préventive possible ressortit à d'autres secteurs socio-économiques. S'agissant par exemple du problème de grande actualité et urgence de la prévention des accidents, les moyens classiques du système de santé (y compris l'éducation pour la santé) s'avèrent insuffisants et des actions vigoureuses (et parfois autoritaires) à d'autres échelons sont nécessaires si on est déterminé à limiter les dégâts de cette épidémie moderne.

Il reste toutefois que, s'il faut éviter toute médicalisation inappropriée de la prévention, elle est souvent basée sur les données de santé (bio-psychosociales. Et, même s'il ne joue pas un rôle prépondérant, le sécteur médico-sanitaire a une contribution à apporter.

Dans le cadre du Programme national de recherche No 1 (PNR 1) du Fonds national de la recherche scientifique, a donc été mené à chef à Nyon et à Aarau, de 1977 à 1980, le projet de prévention des maladies cardiovasculaires qu'évoque l'article de L. Gillioz. Ce programme (nous parlerons essentiellement de la situation nyonnaise, que nous connaissons mieux) s'est bien fait connaître de la collectivité, s'est affirmé dans la presse locale et ses résultats scientifiques sont maintenant connus. C'est dire qu'une discussion constructive sur ce qu'il a accompli, sur ce qu'il a fait mal ou moins mal, est souhaitable.

L'auteur du texte qui suscite ces lignes a-t-elle voulu contribuer à une telle discussion? Cela ne peut être exclu. Notre impression toutefois est qu'elle atteindra un but différent. En effet, même si un peu de notre malaise peut être dû à une habitude insuffisante de la littérature sociologique, nous sommes surpris que les éléments de son discours semblent choisis de manière à discréditer le programme. N'aurait-il pas été plus utile de promouvoir un échange à cet égard (ce qui n'empêche pas évidemment l'expression d'opinions affirmées)? On a le droit de s'étonner de ce que, alors même qu'elle a rempli un mandat au sein du programme (son travail est cité dans la bibliographie de l'article), et que les données et dossiers pertinents aient été à sa disposition, l'auteur n'ait pas pensé utile de se baser plus souvent sur des faits observés, ni de partager avec les responsables du projet le texte soumis à la *Revue suisse de sociologie* (un avantage au moins de cette manière de faire aurait été de permettre l'information simultanée des lecteurs sur les points où les appréciations divergent substantiellement).

Nous ne pouvons ici reprendre tous les éléments qui, d'un point de vue de santé publique, suscitent des réserves, voire un désaccord ferme, dans le texte en question. Il paraît nécessaire cependant d'indiquer comment d'autres intervenants apprécient de manière significativement différente plusieurs des facettes du programme nyonnais (les numéros de pages dans ce qui suit se référent au texte de L. Gillioz).

A) LA MEDECINE PREVENTIVE COMME PANACEE AUX PROBLEMES ACTUELS DU SYSTEME DE SANTE

(p. 38 et passim)

Il est vrai que certains, dans les discussions concernant une politique de santé rationnelle et l'évolution du système sanitaire en Suisse, ont émis

des opinions dans ce sens. Mais ce n'est pas le cas des préventologues eux-mêmes. Dans tous les cas, leurs formulations ont été nuancées. Par exemple:

> " S'agissant des développements actuels dans le domaine médico-sanitaire, il apparaît bien que c'est à la rapide croissance du coût de la santé et et de la maladie, et aux difficultés de financement correspondantes, que l'on doit les sérieuses remises en question dont les systèmes de prestations de soins sont l'objet dans notre pays comme dans beaucoup d'autres . . .
> On a accusé des difficultés économiques du moment les médecins et leur revenus, les hôpitaux et leur haute technologie, l'absence de contrôle de la formation des coûts, etc. D'autres mettent en cause la généralisation et le caractère trop complet de la couverture offerte par les assurances-maladie, les attentes excessives d'un public avide de magie médico-technique . . . et l'absence de responsabilisation à divers niveaux. Il y a de tout cela, vraisemblablement, dans ce que nous voyons actuellement . . .
> Notre propos ici est de présenter dans les grandes lignes ce qu'il faut entendre par prévention, en cherchant à préciser sa contribution potentielle à une action globale de santé plus efficace et plus efficiente (rentable). D'emblée, on peut dire sur la base des connaissances actuelles que la prévention n'est pas un "miroir aux alouettes", ainsi que certains ont parfois l'air de penser, *mais qu'il ne s'agit pas non plus d'une panacée* qui permettra de vider les hôpitaux tout en vidant moins la bourse du citoyen et les caisses de l'Etat et des assurances. Il faut donc clarifier ce qu'elle peut réaliser et ce qu'il est illusoire de lui demander"
> (Martin, 1980, p. 63–64).

A ce sujet comme à plusieurs autres, l'auteur de "La prévention comme normalisation culturelle" amalgame des éléments généraux de la discussion publique et politique sur les soins de santé avec les positions et les réalisations intervenues à Nyon. Cela ne contribue pas, c'est le moins qu'on puisse dire, à la clarté du débat.

B) LA SANTE COMME VALEUR PRIORITAIRE

("l'étalon unique" – p. 43)

Contrairement à la lecture sélective qu'on peut faire de la littérature, la majorité de ceux qui se préoccupent de santé publique et de médecine préventive ne disent pas cela. Plus que d'autres au contraire, ils sont amenés à souli-

gner la relativité des préoccupations de santé par rapport à d'autres telles que l'emploi et les conditions de travail ou de logement. Cela étant, ou bien on refuse comme ne pouvant être qu'un exercice-alibi, corrompu d'avance, des programmes tels que ceux qu'a permis le PNR 1, ou bien on y voit une légitimité, un intérêt potentiel, et on les met au moins au "bénéfice du doute", en admettant qu'ils rencontrent des limites et des contraintes.

Dans la seconde hypothèse, il semble alors admissible qu'une action de prévention des maladies cardio-vasculaires ait comme un postulat de départ une valeur certaine accordée à la santé . . . Cela ne veut pas forcément dire "qu'elle constitue la dimension essentielle du bien-être et par conséquant que la vie quotidienne doit être organisée en fonction des règles qu'elle implique". *(p. 42)*

Que des questions posées dans une enquête de population aient utilisé des formulations de ce type (parmi d'autres exprimant des positions fort différentes) ne devraient pas être incompréhensible ou inacceptable pour des sociologues.

C) UNE CONCEPTION MEDICALISEE, FRAGMENTEE ET ABSTRAITE DE LA SANTE

L'approche par facteurs de risque, même si on lui reconnaît le mérite de faire mieux comprendre la notion *fondamentale* de l'étiologie multifactorielle de la maladie, paraît discutable à L. Gillioz parce que fragmentaire, réductionniste. Elle serait excessivement médicalisante (ce qui ne se vérifie pas: en santé maternelle et infantile, par exemple, il est bien admis que les facteurs de risque majeurs sont sociaux et économiques). Pour qui a des responsabilités opérationnelles pratiques, il est vrai par ailleurs que les facteurs de risque ont l'avantage de représenter des "points d'accrochage" qui permettent d'engager le dialogue ("la manipulation", diront d'autres).

Dans le texte que nous discutons, le malaise ressenti vis-à-vis des facteurs de risque est appuyé par deux écrits que l'auteur cite, celui de Sterling sur le rôle du tabac dans le cancer du poumon, et celui de Mohler sur le rapport entre absorption de graisse et cholestérol sanguin. Ce sont les seules références à visée épidémiologique spécifique introduites dans ce travail sociologique et c'est extrêmement regrettable. En effet, d'un point de vue de santé publique, on peut affirmer très clairement que les opinions exprimées par ces auteurs sont parmi les rares qui ressortissent plus des stratégies de "Jetez le doute, jetez le doute, il en restera toujours quelque chose", qu'à une réflexion et une recherche scientifiques. Dans la mesure où L. Gillioz

a eu comme collègues à propos du projet nyonnais plusieurs épidémiologistes, elle aurait pu aborder cette question avec eux avant d'appuyer une argumentation sur des références largement considérées comme non crédibles.

D) "THE POLITICS OF VICTIM BLAMING" DE CRAWFORD

Un des dérapages qu'il faut craindre en matière de prévention, spécialement à une époque de restriction des crédits publics pour les services de santé et sociaux, est de faire porter une responsabilité inappropriée (compte tenu des circonstances socio-économiques et culturelles) aux personnes atteintes d'affections dont un comportement différent aurait permis d'éviter la survenue. L'article original de Crawford cité par Gillioz a suffisamment retenu l'attention pour qu'il ne nécessite pas ici de longs commentaires. La mise en garde est judicieuse. Comme souvent, le besoin pratique majeur alors est de définir des justes milieux (il y a aussi des situations où, si l'on veut bien prendre en compte les intérêts de l'arbre *et* de la forêt, du patient *et* de la collectivité, on doit admettre qu'une certaine responsabilité de l'individu doit être engagée, et qu'il est éthiquement acceptable que cela ait des conséquences – plus que jamais, la liberté des uns a ses limites là où commence celle des autres).

La mention de cette problématique a manifestement sa place dans un travail traitant de prévention. Mais les exemples que propose L. Gillioz ne permettent pas de condamner, sous ce rapport, le projet nyonnais. Mis en œuvre dans une région donnée d'un pays donné, il a simplement fait écho aux tendances discutées largement dans le moment en question, y compris un accent sur la responsabilité (à pondérer) de l'individu dans le maintien de sa santé. Nous affirmons vivement qu'on serait bien en peine de montrer que, à Nyon, on ait plus que dans le milieu ambiant utilisé la tactique du "blâme de la victime".

E) LA PROBLEMATIQUE PREVENTION – LIBERTE ET LA PARTICIPATION DE TOUS LES SECTEURS DE LA COLLECTIVITE

La prévention et ceux qui souhaitent la promouvoir ont à faire face à des critiques mettant en cause les fondaments éthiques de leur action.

Elles proviennent d'une coalition objective de groupes habituellement guère proches les uns des autres et expriment deux discours:

- La crainte d'atteintes potentielles à la liberté individuelle, dans le sens de "c'est le libre choix de chacun de mettre sa santé en danger", ceci de la part d'un secteur de pensée ultra-libéral (ce faisant, on oublie opportunément que, dans nos pays en tout cas, la majorité des coûts que peuvent engendrer la maladie et le handicap sont supportés par la collectivité et plus par le citoyen individuel)
- La crainte d'une "action d'imposition et d'homogénéisation culturelles", ainsi que l'appelle L. Gillioz *(p.40)*. On y voit le plus souvent une manipulation par les classes aisées et dominantes d'autres groupes, dont les représentations de santé et la valeur qu'ils accordent à diverses habitudes (par exemple le fait de fumer comme un acte convivial essentiel) sont forts différentes de celles des bourgeois.

Ce qu'on peut dire, c'est que les préoccupations à cet égard au cours des années ont été nombreuses et approfondies, ici et ailleurs (voir Baker, 1980; Beauchamp, 1980; Higginson, 1976). En rapport précisément avec le PNR 1 à Nyon, un tel souci était évoqué dans un ouvrage décrivant en détail les méthodes d'éducation pour la santé utilisées:

> "Dans le même ordre d'idées, il est vrai que se posent et se poseront constamment des questions quant à ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas: c'est l'*interface prévention - liberté.* Sans doute, les avocats de la prévention doivent-ils se montrer crédibles en proposant des modalités raisonnables . . ."
>
> (Martin & Junod, 1983)

Dans une revue plus générale du sujet, on écrivait:

> "Une large discussion doit prendre place sur ces questions, à tous les niveaux. Dans le cas de nombreux facteurs de risque pour la santé, il importe, d'une part, de faire quelque chose et, d'autre part, de le faire de façon raisonnable, sans fanatisme ni rigidité excessive. Et c'est de plus en plus souvent, certainement (malheureusement), qu'on aura à rechercher l'équilibre acceptable entre le bénéfice d'une mesure à visée préventive donnée et le coût d'un "aménagement" de la liberté dans telle ou telle situation. C'est finalement au citoyen qu'il incombe de contribuer, avec les secteurs techniquement concernés, à la *définition de la prévention qu'il désire.* On doit espérer que, tout en préservant les libertés, on trouvera les moyens de limiter autant que possible les dégâts humains et sociaux qui découlent de la prévalence dans notre vie de risques évitables". (Martin, 1980, p. 80)

A l'évidence, si des programmes tels que celui de Nyon ont été lancées, c'est que, devant les démonstrations faites de la nocivité pour la santé de facteurs et comportements clairement identifiés, on a cru devoir mettre ces informations à la disposition de la collectivité, de manière aussi convaincante que possible. On n'a pas voulu s'en tenir à la doctrine ultra-libérale du "laissez faire". Par ailleurs, vouloir "faire le bonheur des gens contre leur gré", l'impérialisme culturel dont parlent certains (L. Gillioz ne le fait pas), est un danger qui a été dans les esprits de ceux qui ont élaboré et suivi le programme nyonnais, notamment dans le cadre de son Groupe d'experts "Education pour la santé":

> "Pour réaliser leurs objectifs, les initiateurs du programme de prévention ont misé sur la mobilisation de l'ensemble de la population . . . ils ont joué à fond la carte de la collectivité nyonnaise. Ils se sont ainsi assuré le concours de personnalités et institutions locales . . . chargées de relayer l'action auprès de la population . . ." *(L. Gillioz, p. 41)*

> "Il est fait que les organisateurs ont investi beaucoup d'efforts pour trouver des relais locaux . . ." *(p. 72)*

Comme L. Gillioz elle même a pu l'observer, ni le temps ni la peine n'ont donc été ménagés pour atteindre tous les groupes sociaux, en fonction de modalités acceptables pour eux. Ceci avec un succès partiel seulement, c'est vrai. Mais il n'y a pas eu volonté aprioritaire de normaliser les Nyonnaises et Nyonnais, quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle ou leur origine ethnique, dans un moule unique. Nous suggérons que sur ce point l'auteur de "La prévention comme normalisation culturelle" risque l'erreur classique en épidémiologie de postuler qu'une relation d'association ("les prédestiné(e)s de la prévention ont été les utilisateurs les plus fréquents des possibilités offertes") est une relation de cause à effet ("c'est parce que le programme était élaboré en fonction des caractères spécifiques de ce groupe, par des animateurs s'y rattachant et cherchant à y attirer le reste de la population, que les choses se sont passées ainsi").

F) L'INDISPENSABILITE DE MESURES PREVENTIVES HORS DU SECTEUR MEDICO–SANITAIRE

L. Gillioz décrit *(p. 69)* une évacuation des dimensions collectives des problèmes liés à la prévention, tout en citant un texte des promoteurs du

projet qui pourtant paraît parfaitement clair (mais qui est peut-être vu comme une déclaration-alibi):

> "Les problèmes collectifs liés à la publicité pour le tabac et l'alcool, à certains intérêts financiers et à la production alimentaire devraient être abordés dans le cadre d'une prévention globale; mais les conditions de temps et les moyens impartis au Programme National de Recherche impliquent une approche partant du comportement individuel avant de déboucher sur d'éventuelles décisions collectives plus générales."

(Groupe d'étude du Programme National suisse de Recherche No 1 – 1979, 105)

D'autres professionnels de santé publique se sont exprimés dans un sens comparable depuis des années:

> "Il est souhaitable par conséquent que la promotion de ces changements (en matière de prévention) se fasse dans une collectivité assez large. D'autre part, il n'est pas utile de passer sous silence le fait que certaines meures à viséee préventive vont à l'encontre d'intérêts économiques. Il y aura place à ce sujet pour la négociation mais il reste vrai qu'on cherchera à amener des modifications quant à ce qui est produit et quant à la promotion commerciale de ce qui est produit".
> (Martin, 1978)

Y-at-il lieu de leur jeter la pierre parce que, alors qu'ils cherchent à influencer ce qui se passe à l'extérieur de leur propre domaine, ils n'y réussissent que lentement?

C) LE PROGRAMME DE PREVENTION, EXPRESSION ET INSTRUMENT DE GROUPES SOCIAUX FAVORISES DEFENDANT DES INTERETS PARTICULIERS (NOTAMMENT CEUX DE LA CORPORATION MEDICALE)

Dans la mesure où L. Gillioz a été professionnellement en contact avec les responsables concernés, ses suggestions répétées que le programme nyonnais est devenu un instrument d'arbitraire culturel et socio-politique, a renforcé la violence symbolique inhérente au système de santé actuel, ne manquent pas d'étonner, voire stupéfient.

De domination de la part des médecins cliniciens (et spécialistes biomédicaux), il n'y en a pas eu. Il convient à cet égard de faire une différence claire entre les études transversales incluses dans la recherche (au début – baseline study – et à la fin du programme) et les efforts de promotion de la santé. Dans les études, qui comportent des aspects physiques et biomédicaux bien définis (prise de pression artérielle, étude biochimique du sang, etc.), on a demandé les avis d'experts médecins. Et pour cause. Ils ne sont pas intervenus, par contre, dans le programme d'action mis en œuvre pendant trois ans, et poursuivi par la suite aussi bien à Aarau qu'à Nyon. [1]

A Nyon, le corps médical installé en cabinet a collaboré dans de bonnes conditions avec le programme (sans que la réaction initiale ait été l'enthousiasme, mais sans non plus tenter de manœuvre de récupération par la suite). Quelques médecins ont apporté une contribution au travail en groupes (par ex. training autogène). L. Gillioz aurait pu connaître ces derniers. Elle aurait pu relever qu'ils n'illustrent pas un archétype paternaliste et omniscient, qu'au contraire ils sont d'orientation collégiale et non-dominatrice. Cela ne ressort pas d'une étude scientifique, c'est un fait observable.

Reste un troisième type de médecins impliqués: ceux spécialisés en médecine préventive / santé publique qui ont été associés au programme. S'intéressant à la sociologie médicale, l'auteur de "La prévention comme normalisation culturelle "sait sans doute que, très généralement, ces professionnels ne sont pas considérés comme des suppôts inconditionnels de la corporation médicale et de ses intérêts à court terme. Il s'en faut au contraire de beaucoup (et cela vaut dans le cas particulier). Là encore, s'agissant des acteurs médicaux associés au programme, un amalgame sans rapport avec la réalité se révèle commode pour accréditer une certaine thèse.

Des remarques dans le même sens valent pour ce que dit l'auteur du "désamorçage des critiques externes" dans sa conclusion *(p. 74)*. Loin de viser une médicalisation, plusieurs activités à Nyon ont précisément eu une orientation de self help. Qu'elles ne se soient pas manifestées "con-

1) Et ce sur la base d'une volonté collective. Notamment, les crédits nécessaires à poursuivre l'action au delà de la période de recherche ont fait l'objet à Aarau d'une votation populaire. Mais peut-être discutera-t-on la légitimité de ce type de décision aussi ?

tre" le système de soins en place est vrai (mais l'aide mutuelle peut être légitime et efficace sans forcément être opposée à ce qui existe par ailleurs). Dire qu'il y a eu "défense et riposte" de la médecine dans un sens opposé au self help care *(p. 75)* ne repose simplement pas sur des bases de fait.

Corollaire de ce qui précède, on discutera encore le point suivant:

H) LES PERMANENTS (NON MEDECINS) DU PROGRAMME DE NYON, AGENTS DE L'IDEOLOGIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DOMINANTE

Ainsi qu'on vient de le rappeler, les membres de la profession médicale n'ont pas joué de premier rôle dans les entreprises de promotion de la santé à Nyon. L'action déterminante a été le fait d'une assistante sociale avec une formation complémentaire en éducation pour la santé (la coordinatrice du programme, première responsable sur le terrain), d'une infirmière de santé publique, d'une diététicienne et de plusieurs autres.

On nous permettra simplement de dire que la suggestion faite que, par son action de trois ans (et plus – les activités continuent), ce groupe d'animation a servi les idéologies dominantes sera ressentie comme blessante voire insultante par ses propres membres. Et les médecins eux s'étonneront de ne pas s'être aperçus que, pendant plusieurs années, tout avait été fait à Nyon pour défendre leurs propres intérêts . . . L. Gillioz aurait dû se renseigner avant de traiter ce sujet.

I) ACTION PREVENTIVE COMPTE TENU D'UN CERTAIN CADRE, OU REVOLUTION CULTURELLE ET SOCIALE, OU INACTION ?

L. Gillioz exprime son insatisfaction de ce que le programme qu'elle examine de manière critique se soit à son avis simplement conformé aux règles socio-culturelles du Pays de Vaud (ou de la Suisse), restant très obéissant vis-à-vis des secteurs influents. C'est un exemple intéressant de situation où, selon les attentes et la vision que l'on a du contexte du travail, on arrive à des conclusions à l'opposé l'une de l'autre. Au risque de

paraître ridicule à certains lecteurs, nous soulignons que, pour plusieurs de ceux qui sont actifs quotidiennement, dans ce pays, dans le domaine de la santé publique et d'autres domaines proches, les trois ans d'activité du programme de Nyon ont été une démonstration relativement inattendue du fait qu'on pouvait développer chez nous ce qui mérite la qualification d'animation communautaire. "A la suisse" sans doute, sans génie peut-être, mais de façon plus imaginative et beaucoup moins soumise aux idées reçues ou intérêts en place qu'on aurait pu le craindre.

Nous pouvons donc faire état de ce qui a été notre surprise (et satisfaction), [2] à mesure que les activités nyonnaises se développaient, de voir qu'elles n'ont pas suscité localement de réaction négative notable, voire blocage, malgré leur caractère non conventionnel dans notre milieu. On pourra alléguer que, s'il n'y a pas eu opposition, c'est qu'on n'allait pas assez loin dans la remise en cause des structures et modalités habituelles. Mais veut-on bien accepter qu'un tel programme n'est pas un exercice d'école, qu'il se déroule dans la réalité ?

Les alternatives possibles au type de programme mis en œuvre à Nyon sont de deux ordres : la révolution (socio-) culturelle ou une inaction vertueuse. Nous ne pouvons qu'avouer que, à l'époque dans le cadre du PNR 1 comme actuellement s'agissant de remplir nos responsabilités professionnelles (pour le court terme au moins !), nous ne croyons pas à la première et nous sommes convaincus qu'il y a mieux à faire que se résigner à la seconde.

Il est certain les responsables du PNR 1 A, comptables d'un important crédit du Fonds national, dans le cadre d'un projet qui pouvait mettre en évidence des orientations novatrices, ont voulu aux différents stades de la démarche mettre en balance la volonté et la nécessité d'innover (par exemple, de se départir d'une adhérence stricte au modèle médical, quoi qu'on en dise) avec une estimation "informée" de ce qui était faisable.

2) Nous nous sommes exprimés très clairement dans ce sens dans le passé (Martin & Junod, 1983).

J) ACTION NON MEDICALISEE REUSSIE EN MILIEU DE TRAVAIL. COLLABORATION CONSTRUCTIVE OU COLLUSION ENTRE ENTREPRISE CONCERNEE ET ANIMATEURS ?

Dans sa discussion des facteurs de risque, L. Gillioz mentionne que leur définition permet cas échéant de les présenter comme "causes premières" de maladie, en isolement de leur contexte. Comme pour l'interface prévention-liberté, il y a là un souci légitime. A ce propos, elle évoque la composante du programme nyonnais qui a eu pour cadre une entreprise pharmaceutique de la région *(p. 68)*. La dite entreprise en effet a ouvert ses portes aux animateurs, qui y ont notamment proposé des cours de relaxation qui ont remporté un bon succès.

Devant la demande (le besoin ressenti) à laquelle correspond ce succès, on pourrait s'étonner avec L. Gillioz du fait qu'on n'ait pas immédiatement requis de la firme des modifications visant à réduire le stress (professionnel) de son personnel. Peut-être une intervention directe dans ce sens aurait-elle été acceptée ? On peut aussi considérer que, même en l'absence d'une telle intervention, l'ouverture démontrée par les responsables (les cours pouvaient être suivis pendant les heures de travail) et la sensibilisation qu'elle a permis des membres du personnel, sont un atout notable pour l'avenir, en vue d'une action accrue dans le sens de l'hygiène mentale au travail.

EN GUISE DE CONCLUSION

"La prévention comme normalisation culturelle" traite de plusieurs dimensions importantes en rapport avec des programmes de prévention (médicalisée ou non), qui doivent retenir l'attention de manière approfondie. Cela étant, même s'il fallait faire la part d'accents volontairement appuyés afin que le message passe mieux, nous devons regretter vivement un éclairage unilatéral et, plus que cela, des interprétations dont on peut craindre qu'elles sont fondées sur des a priori intellectuels hâtivement greffés sur le seul support disponible localement et ayant bénéficié d'une certaine visibilité, le Projet PNR 1 de Nyon.

En tant que praticien et chercheur en médecine préventive et santé publique, ayant en particulier à envisager (de manière critique) la traduction de projets pilotes à l'échelon d'une collectivité cantonale, nous

disons notre déception que l'auteur de l'étude n'ait pas jugé nécessaire de baser sur des faits des parties importantes de son travail, faits qu'elle aurait aisément pu rassembler sur la réalité vécue à l'époque à Nyon par ses habitants.

Une des critiques majeures faite à l'égard des responsables et animateurs du programme est la *décontextualisation* de la thématique santé par rapport à d'autres aspects de l'existence des Nyonnais *(voir notamment p. 68 et 73).* Sans doute les dits animateurs ne prétendent-ils pas avoir mis sur pied un programme impeccable. Cela étant, s'agissant de décontextualisation d'une expérience pratique donnée (réalisée dans une localité connue, saisissable, sur laquelle de multiples informations sont à disposition), on peut dire que l'article de L. Gillioz est une remarquable réussite. L'interprétation systématiquement orientée qui est faite du programme de prévention cardiovasculaire et la métamorphose théorisée qui en résulte tiennent plus d'un hommage au "1984" de George Orwell que d'une contribution pratique sur ce qui s'est passé dans le canton de Vaud entre 1977 et 1980.

Une fois encore, il est utile de rendre les tenants de la prévention attentifs aux effets secondaires défavorables que peut avoir un certain activisme. Mais ce qu'on est en droit de demander, dans un article à visée scientifique, est une *délimitation beaucoup plus ferme* entre ce qui est fait vérifié, ou interprétation personnelle d'une situation, ou encore spéculation désincarnée. On doit refuser les amalgames et les généralisations faits à partir d'éléments ponctuels et décontextualisés.

Les problèmes qui se posent à nos systemes de santé, dans le domaine des soins aussi bien que celui de la prévention, requièrent une collaboration substantielle et suivie des groupes concernés, y compris les sociologues de la médecine. Mais l'intransigeance, la chasse aux sorcières et la réticence à descendre d'Utopie (et à admettre certaines contraintes dans la manière dont fonctionne notre société) sont peu susceptibles de promouvoir cette collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

BAKER, S.P. On lobbies, liberty and the public good. *American Journal of Public Health* **70**, 573–574, 1980.

BEAUCHAMP, D. E. Public Health and Individual Liberty, in *Annual Review of Public Health* (L. BRESLOW & al., ed.). PALO ALTO, CA: Annual Reviews Inc., 1980, p. 121–136.

LEHMANN, PH. Prévention des maladies cardio-vasculaires – Méthodes d'éducation pour la santé et évaluation (Nyon). *Les Cahiers médico-sociaux* **27**, no. 1, 167 pages, 1983.

HIGGINSON, J. A Hazardous Society? Individual versus Community Responsability in Cancer Prevention. *American Journal of Public Health,* **66**, 359–366, 1976.

MARTIN, J. Quelle prévention les Suisses veulent-ils? *Bulletin des médecins suisses* **59**, 1317–1318, 1978.

MARTIN, J. Utiliser le potentiel de la prévention et préciser ses limites. *Annuaire 1980 de la Nouvelle Société Helvétique* ("Le système de santé: malade?"). Buri Druck, Berne, 1980, p. 63–83.

MARTIN, J. & JUNOD, B. L'expérience nyonnaise: feu de paille ou modèle d'avenir? Préface de LEHMANN PH., 1983 (cf. ci-dessus), p.II–V.