

**Promotion de la santé en milieu urbain : le Centre de
prévention de Nyon**
**Health development in an urban setting: the prevention center
of Nyon**
**La promoción de la salud en medio urbano: El centro de
prevención de Nyon**

Philippe Lehmann et Yolande Dormond

Numéro 11 (51), printemps 1984

La prévention, entre le contrôle et l'autogestion

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034629ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034629ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lehmann, P. & Dormond, Y. (1984). Promotion de la santé en milieu urbain : le Centre de prévention de Nyon. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (11), 99-109.
<https://doi.org/10.7202/1034629ar>

Résumé de l'article

Le Centre de Nyon (Suisse romande) est le produit d'un programme de recherche scientifique appliquée sur la prévention des maladies cardio-vasculaires. L'analyse des aspects les plus marquants, les conditions de cette expérimentation, l'évaluation qui en a été faite, les développements qu'elle a suscités ailleurs en Suisse romande permettent de montrer combien cette expérience associe une expérimentation scientifique, un projet d'animation en éducation communautaire, un contact étroit avec une clientèle toujours plus nombreuse et des projets politiques.

Si le centre de Nyon devient progressivement un modèle de référence de l'idée d'une prévention dans la communauté, encore s'agit-il de s'interroger sur les pratiques de prévention au regard de deux modèles de référence : l'étude des modes de vie et des cultures au quotidien et le modèle de la politique de santé. Il résulte de cet examen que le centre de prévention est caractérisé par une recherche de gain individuel de bien-être et de liberté — un « égoïsme de la santé » — qui, s'il ne cherche pas à faire de la santé le bien privilégié d'une solidarité sociale, joue un rôle de valorisation, y compris des individus les moins privilégiés.

les luttes pour la santé : l'État anticipe-t-il ou non ?

99

Promotion de la santé en milieu urbain : le Centre de prévention de Nyon

P. Lehmann
Y. Dormond

Le Centre de prévention de Nyon¹ devient progressivement, en Suisse romande, un modèle de référence de l'idée d'une prévention dans la communauté. Pourtant, cette relativement petite institution est encore bien peu connue et bien des gens pensent qu'il s'est agi d'une expérience limitée dans le temps.

On s'efforcera ici d'abord de présenter puis d'analyser les aspects les plus marquants de ce centre, ainsi que les développements qu'il a suscités ailleurs en Suisse romande. Ce centre est le produit d'un programme de recher-

che scientifique appliquée sur la prévention des maladies cardiovasculaires², entrepris sous l'autorité des milieux médicaux et des responsables de la recherche scientifique au plus haut niveau en Suisse. Il importe donc de saisir les objectifs et les conditions de cette expérimentation ainsi que l'évaluation qui en a été faite³. Mais le Centre avait aussi mission de fonder les bases de sa reproductibilité dans la collectivité de Nyon, au-delà de l'expérience proprement dite, ainsi que dans d'autres régions du pays, selon des modalités adaptées. On examinera donc également les

développements institutionnels et politiques issus du programme de recherche sur la prévention cardiovasculaire.

Enfin, on cherchera à analyser la pratique de prévention développée à Nyon au regard de deux modèles de référence : l'étude des modes de vie et des cultures au quotidien et le modèle de la politique médicale et de la politique de la santé.

L'expérience du Centre de prévention de Nyon est relativement unique en son genre, en ce qu'elle associe de façon durable une expérimentation scientifique, un projet

100 d'animation d'éducation communautaire, un contact étroit avec une clientèle toujours plus nombreuse, et des projets politiques.

Nyon a un « frère jumeau » à Aarau, en Suisse allemande, issu du même programme de recherche, mais développé tout à fait indépendamment et dans un esprit assez différent⁴. Là aussi, l'activité de prévention a continué au-delà de la période de recherche et connaît des développements institutionnels et politiques qui débordent le cadre de la ville d'Aarau.

Ces deux programmes, centrés initialement sur la prévention des maladies cardio-vasculaires, doivent être rapprochés des opérations similaires de Framingham, « MRFIT » (Multiple Risk Factor Intervention Trial), et de Carélie du Nord⁵, qui ont touché également de larges populations quant aux facteurs de risque cardio-vasculaire. On verra, toutefois, que les projets suisses ont suivi des pistes moins spécifiquement orientées et travaillent plutôt à une promotion de la santé. D'autre part, ils se sont rapidement autonomisés des directions scientifiques et médicales pour devenir des institutions responsables, surtout vis-à-vis de leur « clientèle ».



Du Programme de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires au Centre de prévention de Nyon

Le Programme national de recherche n° 1A, *prévention des maladies cardio-vasculaires en Suisse*, dont le plan avait été accepté par le Conseil fédéral en juillet 1975, devait répondre à la question suivante : *est-il possible — et si oui dans quelle mesure — de parvenir à gagner des populations entières à l'idée de changer leurs habitudes de vie pour sauvegarder leur santé* et, en particulier, pour combattre les affections cardio-vasculaires en éliminant les facteurs de risque reconnus, c'est-à-dire *de veiller à leur tension artérielle, de modifier leurs habitudes alimentaires, de renoncer à la cigarette et d'intensifier leur activité physique*⁶.

Comme dans la plupart des pays industrialisés, les maladies cardio-vasculaires représentent en Suisse un problème de santé majeur : une personne sur deux en meurt, souvent prématurément. Elles sont également la cause la plus fréquente d'admission dans les hôpitaux et occasionnent environ 15 % des dépenses du secteur de la santé.

Le Programme national de recherche n° 1A s'est déroulé dans quatre villes suisses de 10 à 20 000 habitants, sélectionnées selon des critères de représentativité et de comparabilité : Nyon et Aarau, villes d'intervention, Vevey et Soleure, vil-

les témoins. L'étude était structurée en trois phases :

- 1) un examen de santé initial, offert en 1977-78 à la population des quatre villes, devant rendre compte quantitativement de la répartition des facteurs de risque ;
- 2) la mise en oeuvre d'activités de prévention et d'éducation pour la santé dans les deux villes d'intervention pendant trois ans ;
- 3) un examen de santé final, fin 1980, analogue à l'examen initial, auprès d'échantillons représentatifs des quatre collectivités, pour mesurer les changements dans les comportements de la population et observer si le programme de prévention a exercé les effets attendus quant à la réduction des facteurs de risque.

Les examens de santé comprenaient :

- une cholestérolémie ;
- un contrôle de tension artérielle ;
- une mesure du poids et de la taille ;
- un questionnaire portant sur les habitudes de vie (alimentation, tabac, activité physique), les comportements face au stress et à la maladie, les facteurs héréditaires et la morbidité cardio-vasculaire ;
- une ergométrie, réservée aux personnes normotendues et n'ayant jamais fait d'accidents cardio-vasculaires.

Les résultats étaient calculés sous forme de points et consignés dans un *carnet du coeur*.

À la différence de la direction d'ensemble et de la recherche épidémiologique, où il s'agissait d'établir une organisation planifiée et très précise, les interventions à Aarau et à Nyon devaient susciter la participation locale, trouver leur dynamique propre, et créer ainsi les modalités et les solutions concrètes pour atteindre les buts du programme dans les collectivités choisies dans un délai de trois ans. Il leur était évidemment nécessaire de tenir très largement compte des

données locales : attitudes et mentalités de la population, réseaux d'information et de communication, services médico-sociaux existants, coopération avec les autorités, etc., pour favoriser une participation optimale de tous les milieux.

La contrainte de la durée de l'intervention pilote a orienté le processus de création des structures et des activités de prévention vers une démarche progressive et auto-corrective, avançant par réalisations concrètes limitées, et vers une recherche continue de moyens de communication appropriés. D'autre part, la nécessité de réaliser un modèle reproductible au-delà de l'expérience ou dans d'autres collectivités a conduit à développer des actions praticables sans apports extraordinaires de ressources en financement ou en compétence, et donc à compter sur les seuls moyens disponibles localement. Toutefois, le caractère même de l'expérimentation scientifique contraignait ses responsables locaux à essayer une quantité maximum de modes d'action dans tous les domaines touchés et à procéder à leur évaluation.

L'intervention nyonnaise fut confiée à une équipe de professionnels (assistante sociale, infirmières, diététiciennes, physiothérapeute, médecins, enseignants, moniteurs de sport, animatrice, secrétaires) travaillant tous à temps partiel ou à la prestation. Ils disposaient d'un budget annuel de Fr. 250 000 pour les salaires, les frais de locaux, de matériel, de publication, etc. Le programme de prévention (consécutif aux examens de santé initiaux) s'est ainsi constitué sous la forme spécifique d'une institution socio-sanitaire, le « Centre de prévention », installé dans un baraquement scolaire situé dans le centre de la ville.

Cette option professionnelle et institutionnelle correspond à une stratégie commune au programme de recherche et à ses partenaires

médico-sociaux, fondée sur l'idée que la sensibilisation, l'information et l'éducation pour la santé représentent un réel travail, d'autant plus qu'un effort particulier était demandé pendant la période d'expérimentation. Il s'agissait pour eux d'une tâche trop nouvelle, trop vaste et trop sérieuse à la fois pour être remplie de façon satisfaisante par le canal de la famille et des instances associatives ou bénévoles. Il était également admis que les organisations médicales ou médico-sociales existantes n'étaient pas en mesure d'assumer cette nouvelle mission en plus de leur travail thérapeutique habituel. Au départ, le travail de l'équipe d'animation a consisté surtout à communiquer et à enseigner des connaissances et des techniques. Puis l'animation est devenue un partage d'expériences personnelles, de prises de conscience, d'opinions et de problèmes entre le public intéressé et les animatrices. Ces deux composantes, savoir professionnel et rapport au vécu, ont été tour à tour mises de l'avant, jamais indépendamment l'une de l'autre. On a toutefois abandonné les exposés scientifiques, les planches anatomiques, etc. La forme privilégiée de communication a été le petit groupe (7 à 12 personnes, réunies pour 5 à 10 séances), dans lequel l'apprentissage mutuel et l'échange des expériences des participants jouent des rôles complémentaires. C'est ce qui est également recherché dans les actions de propagande de masse ou pour les rapports individuels lors de permanences.

Les activités mises en place ont donc pris la forme de « cours » ou de « prises de contact » centrés sur un sujet ou sur une technique, support pour une sensibilisation plus globale aux problèmes de santé soulevés par les facteurs de risque des affections cardio-vasculaires (hypercholestérolémie, hyperlipidémie et alimentation déséquilibrée, inactivité physique, tabagisme,

stress, hypertension artérielle).

Pour l'équipe d'animation et pour chaque animateur en particulier, la campagne de prévention du Programme national de recherche n° 1A fut l'occasion d'un apprentissage intensif et rapide concernant les connaissances et techniques propres à chaque domaine de prévention, et les méthodes d'animation de groupe et de communication de l'information ; les animateurs ont aussi développé une identité commune : un « nous » institutionnel et un profil spécifique d'« éducateurs sanitaires » fondés sur la complémentarité pluridisciplinaire. C'est dans ce même esprit d'apprentissage et d'adaptation de l'action au public nyonnais que les diverses formes d'activité ont été progressivement développées, corrigées, améliorées ou abandonnées en fonction des expériences faites et des avis exprimés par les participants.

Celles qui ont connu le plus de succès, évalué au nombre de personnes touchées, sont les cours de relaxation et d'alimentation équilibrée, les sports extra-scolaires et les permanences au Centre de prévention. D'autres activités, qui ont atteint moins de monde, répondent à des besoins très précis de petits groupes de personnes et sont programmées de façon régulière ou à la demande. C'est le cas notamment pour les sessions de groupe de désaccoutumance au tabac (« Plan de 5 jours », organisées par la Ligue Vie et Santé, liée à l'Église adventiste) ou les consultations de diététique.

On a très peu mis l'accent sur la communication par les médias, si ce n'est pour annoncer, dans une rubrique régulière du journal local, les activités proposées par le Centre de prévention et les thèmes sur lesquels la campagne mettait l'accent. On peut d'ailleurs supposer que les réseaux de relations interpersonnelles plus ou moins formalisées ont joué un rôle plus important pour

« autogérés ». De même on pourrait inclure environ 200 à 400 personnes qui sont venues aux kermesses ou à des permanences, se sont intéressées à la campagne de prévention, et se sont même parfois inscrites à des activités, sans y donner suite.

Au total, et sans compter les lecteurs de la rubrique « prévention » du *Journal de Nyon*, ni les participants aux examens de santé, 4000 personnes ont été en contact direct avec l'action du PNR 1A à Nyon entre 1978 et 1980.

- 102 faire connaître le Centre de prévention que des messages de promotion de la santé. Les médecins et pharmaciens de la ville ont aussi contribué à l'information en mettant à disposition des informations sur le Centre de prévention, en en parlant à leurs patients concernés par l'un ou l'autre aspect de l'action, ou en participant à des actions de sensibilisation, dans la rue notamment.

Le nombre de personnes directement touchées par la campagne de prévention nyonnaise, à la fin des trois années expérimentales du PNR 1A, est difficile à évaluer. On a identifié 1700 participants à des cours, groupes ou autres activités justifiant l'enregistrement administratif par le Centre de prévention. À ce nombre, on pourrait ajouter environ 500 jeunes qui ont participé aux sports extra-scolaires facultatifs, quelques centaines de jeunes (les mêmes ou d'autres) qui ont été touchés par les interventions dans le cadre scolaire (enseignement sur des questions en rapport avec la santé, permanences, semaine de « sport à la carte »). Chez les adultes, on pourrait ajouter aussi plusieurs centaines de personnes qui ont participé à l'action de dépistage de l'automne 1980 (camion radiophoto et tension artérielle) et qui n'ont pas eu d'autres rapports, par la suite, avec le Centre de prévention, ainsi que quelques dizaines de participants réguliers ou occasionnels à des groupes sportifs

On peut estimer, à partir des statistiques portant sur le nombre de participants, que 2/3 habitent la ville de Nyon, et donc évaluer le taux de participation à la campagne à environ 1/4 à 1/5 des habitants. Les non-Nyonnais se recrutent dans les environs (districts de Nyon et parties des districts de Rolle et Aubonne), ce qui donne un bassin de population de 30 000 habitants (sans la ville de Nyon). Le taux de participation de la région environnante peut être estimé à environ 4 à 5 % de la population résidante.

60 % des participants identifiés sont des femmes, 40 % sont des hommes. 17 % ont entre 16 et 30 ans, 27 % entre 30 et 39 ans, 22 % entre 40 et 49 ans, 16 % entre 50 et 59 ans, 12 % entre 60 et 69 ans, 6 % 70 ans et plus.

La moyenne d'âge est de 44 ans.

15 % des participants font partie (comme actifs) des couches populaires-ouvriers, 23 % des couches populaires-employés, 15 % des couches moyennes et 8 % des couches supérieures. 33 % sont des ménagères (on n'a pas recherché la profession du conjoint), 2 % des étudiants ou apprentis, 3 % des retraités.

Par comparaison, la population de Nyon compte nettement moins de ménagères (22 %) et d'employés (19 %), mais par contre davantage de représentants des couches moyennes (25 %) et d'ouvriers (20 %). Ces différences mettent en évidence la participation à majorité féminine et n'expriment pas une sélection sociale évidente.



Prévention et santé

On peut caractériser l'expérience préventive pilote du PNR 1A comme la mise en place, dans une collectivité, d'une institution et d'activités spécialisées d'éducation à la santé, planifiées et dirigées de l'extérieur par le programme de recherche. L'équipe locale a ainsi pris d'importantes responsabilités en définissant le mode d'opérationnalisation du projet, cumulant les tâches d'apprentissage, d'exécution du projet, de légitimation et d'évaluation. La prise en charge de l'expérience ne s'est cependant pas limitée à l'exécution d'une mission, mais a impliqué également une réappropriation d'une définition-guide de la santé et du rôle de la prévention pour la population. Sur ce plan également, les principes ne se sont clarifiés qu'au fur et à mesure et sont apparus dans des pratiques plutôt que dans des discours.

Les collaborateurs de l'action nyonnaise du PNR 1 ont orienté leur travail plutôt à partir de leur prise de conscience personnelle des possibilités et avantages d'un mode de vie plus sain qu'en se référant à une doctrine médicale ou sociale de la prévention. Ils constatent tous les jours que beaucoup de gens sont mal dans leur peau et vivent des situations de tension et de déséquilibre qui favorisent des comportements reconnus comme facteurs de risque de maladies dégénératives (affections cardio-vasculaires,

cancer, rhumatisme), tels que l'obésité, le stress, le tabagisme, l'inactivité physique. En assumant le projet du PNR 1, ils ont cherché à intervenir sur les situations et les habitudes qui favorisent les facteurs de risque, convaincus qu'une meilleure prise en charge de la santé passe par une action sur le mode de vie et sort du domaine strictement médical. Les objectifs de l'éducation à la santé proposée par le Centre de prévention de Nyon sont officiellement :

- le bien-être, qui passe en particulier par l'apprentissage de principes de base ayant trait à une alimentation équilibrée, à un équilibre global, physique, psychique et moral, à un environnement adéquat donnant à chacun les moyens de trouver un mode de vie qui lui convienne ;
- la prise en main par la population des problèmes auxquels elle est confrontée afin qu'elle puisse arriver à les résoudre par elle-même (être acteur et non consommateur).

Ces objectifs sous-entendent une analyse concrète, dans les groupes ou les contacts individuels avec les gens, des facteurs de déséquilibre et de perturbation de leur vie, et la recherche de réactions appropriées pour y faire face. On est conscient que des bouleversements du style et des conditions de vie individuelle et collective ne sont presque jamais réalisables. On cherche donc les choses que les gens vont pouvoir changer sans se décourager, afin de donner des résultats concrets à leur démarche personnelle. Les structures d'apprentissage et de réflexion mises en place doivent permettre aux gens de mieux faire face à ce qui leur arrive.

Ce type de travail amène les animateurs à se confronter aux problèmes quotidiens : le travail, la famille, les conditions sociales et économiques, l'urbanisation, etc. Il ne s'agit pas que le Centre de

prévention leur apporte des solutions (d'autres institutions sont censées être mieux placées ou plus légitimées pour ce type d'intervention), mais qu'il permette une réflexion sur ces questions. Les activités proposées et l'attitude du personnel cherchent autant à aider les gens à prendre le temps de réfléchir à leur mode de vie, qu'à faire acquérir les techniques qui permettent de poursuivre cette réflexion et de mieux vivre. En ce sens, le Centre de prévention est partenaire d'une action plus large où d'autres professionnels, groupes d'intérêt, associations, etc., devraient aussi agir et proposer des solutions.

Cette réflexion trouve sa place dans une conception globale de la santé publique qui dépasse l'acte médical. Elle cherche à rendre les gens conscients des abus de consommation de soins et de médicaments, à leur montrer comment utiliser la médecine de manière intelligente et à leur apprendre à gérer leur corps. La promotion de la santé a ainsi une place spécifique dans le champ sanitaire. Elle ne se veut pas exclusive, niant ou englobant la thérapeutique, mais complémentaire. S'adressant aux gens de manière générale, elle ne s'occupe pas des malades ni des maladies. Être en meilleure santé doit permettre d'éviter certaines dégradations (maladies dégénératives) et de mieux affronter les agressions physiques de la maladie courante. Partant, l'équipe du Centre de prévention ne s'autorise nullement à conseiller ou traiter des malades. Tout le travail de promotion de la santé s'inscrit cependant dans l'optique suivante : la santé n'est pas un but en soi, mais doit permettre à chacun de vivre mieux et d'atteindre le bien-être qu'il cherche.

Le « public cible » de la campagne d'éducation est, par définition, l'ensemble de la collectivité, ville et région. On insiste en particulier sur les enfants et les couches populaires. Le projet de vie proposé par

gnaient que cela prenne une forme de récupération : *Nous allons faire supporter le stress pour accroître le rendement ou simplement assurer l'ordre.* En réalité, les ouvrières, en nombre, n'ont pas craint de parler devant les responsables, obligés de se présenter personnellement, et sans leur casquette de commandement. Aussi osèrent-elles confronter leur vécu et leurs conditions de travail à ceux des autres catégories de l'usine. La délégation du personnel put ainsi recueillir plusieurs suggestions relatives aux conditions de travail.

Ce modèle d'action sanitaire déborde apparemment de la définition des objectifs tracés par le programme de prévention des maladies cardio-vasculaires, mais en fait, il correspond précisément à ses intentions et en est l'application concrète, intégrée dans la compréhension quotidienne des rapports des individus à leur santé.

L'évaluation et ses effets

L'évaluation du programme de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires comporte au moins cinq aspects complémentaires :

- une évaluation épidémiologique, basée sur la comparaison des examens initial et final dans les villes d'intervention et les collectivités témoins, portant surtout sur trois indicateurs : les habitudes de consommation de tabac, le taux de cholestérol et la fréquence de l'hypertension inconnue ou non traitée. Ce type d'évaluation représente, du point de vue scientifique, le principal critère de jugement des résultats de l'action entreprise et a occupé une solide équipe de médecins et de statisticiens de 1981 à 1983. Des observations supplémentaires sont prévues pour valider à long terme les données recueillies après trois ans seulement d'action préventive ;
- une évaluation économique, char-

gée de faire la balance entre les coûts investis dans le programme de prévention et les bénéfices retirés sous forme de risques de maladies cardio-vasculaires (traitements, hospitalisations, mortalité précoce, etc.) ;

- une évaluation sociologique, qui se fonde sur une enquête sur la culture et les pratiques en matière de santé de la population cible des villes d'intervention et sur l'analyse des modèles d'éducation et des stratégies de communication mis en oeuvre par les campagnes de prévention ;
- une évaluation « interne » ou « pédagogique », processus permanent d'adaptation et d'amélioration des actions proposées par les comités locaux à l'écoute des réactions des animateurs et des participants, des opinions émises dans la population, des commentaires des partenaires médico-sociaux de la ville ou des responsables et experts du programme de recherche ;
- enfin, une évaluation de nature politique, liée à la possibilité de mettre en place une structure de prévention et de promotion de la santé dans les villes d'intervention durant le PNR 1, structure capable de prendre en charge la continuité institutionnelle d'une telle politique au-delà du programme de recherche et dans d'autres collectivités.

Résultats

L'analyse des résultats mis en avant par les responsables du programme de recherche montre que les aspects pédagogiques et politiques ont pris finalement le dessus :

Il est réellement possible de convaincre la population d'adopter un comportement favorable à la santé. La preuve en est donnée par les milliers d'Argoviens et de Nyonnais qui, sous une forme ou sous une autre, ont participé à des activités d'éducation pour la santé. De plus, dans les villes pilotes, les actions se sont poursuivies d'elles-mêmes après la fin du PNR 1, à Aarau sous l'égide de la fondation « Aarau eusi gsund Stadt » et à Nyon sous l'égide de la Fédération vau-

104 l'équipe nyonnaise se situe à très long terme et le message adressé aux adultes aujourd'hui s'adresse également aux enfants par le biais de la famille. Il se double d'interventions directes auprès des jeunes par le canal de l'école ou d'activités propres. L'apprentissage de l'autonomie face à la santé ou à la vie en général exige un long cheminement de prises de conscience partielles et progressives qui doivent commencer dès l'enfance. Se sentir bien dans son corps, le connaître et le maîtriser sont des choses dont les enfants ont autant besoin que les adultes.

D'autre part, la santé et le bien-être ne sont pas un luxe, et s'il est vrai que ce sont plutôt les couches moyennes et supérieures qui ont l'habitude de se préoccuper de leur santé, les milieux populaires doivent être l'objet d'efforts particuliers au niveau de la communication et de la compréhension des situations concrètes. Ces initiatives doivent notamment toucher les femmes qui travaillent en usine ou dans les grands magasins, ainsi que les immigrés italiens ou espagnols, et tenir compte des circonstances de famille particulièrement difficiles (double journée des femmes, séparation familiale des immigrés).

L'action réalisée dans le cadre de la plus grande entreprise de la ville (cours de relaxation et discussion sur les tensions de la vie et du travail) a répondu en partie à cet objectif. Certains animateurs crai-

doise des Ligues de la santé. À la suite d'une votation populaire, la fondation « Aarau eusi gsund Stadt » bénéficie d'une subvention communale de Fr. 165 000 par an. En outre, le canton apporte dans un premier temps une contribution de Fr. 50 000 auxquels s'ajoutent Fr. 10 000 de la Ligue cantonale contre le cancer⁷.

De son côté le Centre de prévention de Nyon, qui jouit d'un budget annuel de Fr. 150 000 environ, continue à répondre aux attentes d'une clientèle locale et régionale augmentant de 500 à 1000 nouvelles personnes chaque année. D'autre part, sur le modèle de Nyon, les Ligues de la santé ont ouvert un Centre de prévention analogue à Yverdon et se préparent à en ouvrir d'autres à Lausanne et Vevey-Montreux. Enfin, suscitée par l'expérience de Nyon, une motion a été approuvée au Grand Conseil vaudois (parlement cantonal) demandant au gouvernement d'étudier le développement d'activités de promotion de la santé.

Si les résultats épidémiologiques sont également jugés satisfaisants, quoique modestes, c'est dans le domaine du tabac que les changements sont les plus nets et les plus systématiques : les groupes qui ont le plus facilement réussi à cesser de fumer sont plutôt les « moyens fumeurs » (11 à 20 g de tabac par jour), mais on observe encore 11,5 % d'abandon du tabac chez ceux qui fument plus de 20 g par jour. Ces résultats, obtenus par questionnaire, sont validés par l'analyse de la concentration de thiocyanate dans le sang.

Les effets sont de moindre envergure pour le taux de cholestérol et pour le poids et ne montrent des différences significatives que pour les personnes ayant suivi des cours ou entretiens individuels sur l'alimentation équilibrée.

Enfin, l'analyse coûts-bénéfices montre que :

La prévention est également payante économiquement parlant. Selon le modèle utilisé, l'économie réalisée par la diminution du risque de maladies devrait atteindre le

double des sommes investies au cours des trois ans du programme à Aarau et à Nyon⁸.

Les responsables de la recherche concluent finalement que :

La promotion de la prévention est une tâche urgente : les problèmes humains et les charges financières causés par les affections cardio-vasculaires sont très lourds. Il est heureux que, de nos jours, on dispose de ressources et de moyens pour combattre efficacement l'apparition de ces maladies. Mais, il faut aussi que chacun manifeste la volonté d'adopter un comportement favorable à la santé. Il semble que la population suisse soit disposée à changer ses habitudes de vie et en mesure d'y parvenir. Compte tenu des possibilités réelles de la prévention et de l'attitude positive de la population à son égard, les efforts actuellement consentis sont insuffisants. Par conséquent, il convient de les intensifier. La prévention est une tâche très exigeante, de longue haleine et faisant appel à la créativité. Elle est tributaire de la participation personnelle de chacun ; elle dépend aussi de la collaboration étroite de tous les groupes qui forment la société⁹.

Au-delà du programme de recherche

Dès que le Centre de prévention de Nyon fut vraiment mis en place, comme modèle d'action médico-sociale et comme institution dans la collectivité, ses responsables organisèrent la poursuite des activités indépendamment du PNR 1A. Les principes progressivement élaborés et la dynamique de l'équipe pluridisciplinaire créée par le programme de recherche furent adoptés comme tels ; on organisa leur intégration dans la Fédération vaudoise des Ligues de la santé¹⁰, dont une section régionale allait devenir responsable du Centre de prévention, avec l'appui technique et matériel du Secrétariat cantonal des Ligues. Cette solution relativement souple et autonome s'est imposée, plutôt que le rattachement à des services officiels municipaux ou cantonaux qui aurait exigé des décisions politiques explicites, une base légale ou réglementaire et une budgétisation spé-

cifique. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'il ne s'est pas manifesté de volonté politique pour que la collectivité prenne en charge une institution de promotion de la santé, et qu'une structure autonome de ce type permet généralement de donner plus facilement libre champ à des initiatives dans lesquelles ce sont les professionnels directement concernés qui développent des actions sociales particulières. Les structures furent ainsi rapidement établies et le Centre de prévention de Nyon a continué à offrir les mêmes types de prestations que durant la période couverte par le PNR 1A ou à en organiser de nouvelles, avec des moyens financiers inférieurs de moitié environ à la période expérimentale, mais aussi plus librement.

Au vu du succès de l'expérience nyonnaise, les Ligues de la santé ont décidé, dès 1980, d'en réaliser une deuxième dans une autre région, celle de la ville industrielle d'Yverdon, dans le nord vaudois. Sans jouir de l'appui initial qu'a constitué le Programme de recherche cardio-vasculaire (initiative du projet, appui scientifique et surtout financier), une mini-équipe travaille sur place depuis 1982 avec des objectifs et des modes d'action similaires, et a trouvé un accueil favorable dans tous les milieux touchés : le public, les autorités, les écoles et le corps médical. On a particulièrement insisté sur le contact avec les apprentis et sur une réflexion menée en commun avec les services sociaux et des représentants des syndicats et mouvements populaires, ayant pour thème de l'action médico-sociale dans une région touchée directement par la crise économique et le chômage. Pour le reste, le Centre de prévention d'Yverdon offre aussi des cours dans les domaines de l'alimentation et de la relaxation.

Ce modèle de centre de prévention suscite aussi des initiatives ou des demandes dans d'autres

n'en voit ni l'urgence ni les bénéfices politiques, alors que d'autres secteurs de l'action médico-sociale semblent plus impératifs et plus « payants », en particulier le renforcement des services d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées et aux malades chroniques.

Pour l'instant, sur le plan politique, on en est plutôt à l'immobilisme du côté de l'État, alors que les Ligues de la santé développent projet après projet, sans être assurées d'avoir les moyens de les financer¹¹. Dans un domaine voisin, le canton a mandaté les Ligues pour produire des concepts et des matériaux pour des interventions d'éducation à la santé insérées dans les programmes scolaires.



Qu'attendre de la prévention ?

Le modèle d'éducation à la santé développé depuis maintenant six ans par l'équipe du Centre de prévention de Nyon et par les Ligues de la santé s'inscrit dans la mutation en cours des idées dans ce domaine¹². Le modèle nyonnais et l'ensemble du PNR 1 oscillent entre trois modèles successifs de l'éducation à la santé :

- le modèle didactique ;
- le modèle des motivations et résistances culturelles ;
- le modèle participatif.

On ne peut pas comprendre le

dernier modèle indépendamment des deux autres.

Les documents initiaux du PNR 1 admettaient en effet en 1976 :

on ne sait pas encore comment il faut [...] amener la majorité des personnes menacées à la prévention. Au surplus, on ignore la façon de procéder pour réduire de façon durable ou pour éliminer les facteurs de risque auxquels elles sont exposées¹³.

Les conceptions développées par les experts du projet se caractérisaient alors par une approche très classique de la prévention, héritée de l'hygiénisme anti-infectieux. Son but est

d'influencer le comportement des gens. Les objectifs éducatifs du programme doivent être définis en termes de comportements : ce qu'il faut faire, croire, apprécier, etc.¹⁴.

Cette option éducative se réfère au « Preventive Health Behaviour » défini par Irvin M. Rosenstock, qui procède selon les étapes suivantes :

- le groupe cible est exposé à une information qui l'amène à croire qu'il est susceptible de contracter une maladie ou un problème de santé donné ;
- les membres du groupe cible deviennent convaincus que cette maladie ou problème de santé est « non souhaitable » ;
- ils arrivent à croire que certaines habitudes personnelles représentent des moyens valables et efficaces pour prévenir la maladie ou le problème en question ;
- ils savent par la suite comment pratiquer ces habitudes ;
- enfin, ils pratiquent de façon continue ces habitudes¹⁵.

Par rapport à ce modèle et aux interrogations du PNR 1, la pratique développée par le Centre de prévention de Nyon se démarque en accordant une importance particulière aux motivations personnelles des animateurs, qui envisagent la santé avant tout comme dimension du bien-être individuel, du plaisir à court terme. L'équipe est convaincue que son action doit tendre vers une prise en charge de la santé qui fasse partie d'une attitude globale d'autonomie de la personne dans la société. L'équipe est una-

106 régions du canton, de la part des responsables de sections de la Ligue contre la tuberculose, de médecins (pour leurs patients) ou directement d'usagers qui souhaitent que se fasse près de chez eux ce qui existe déjà à Nyon et à Yverdon. La Fédération des Ligues de la santé se propose, en réponse, de mettre en place des équipes et des activités sous une forme appropriée, notamment à Vevey-Montreux et dans un quartier de Lausanne.

En fait, le projet des Ligues est de réaliser à terme une douzaine de centres dans le canton, desservant chacun une région de 20 à 40 000 habitants. Ce projet d'une politique d'ensemble a été favorablement accueilli et transmis à une commission d'étude, qui a encouragé le développement d'une stratégie progressive de la part des Ligues de la santé. Toutefois, il ne correspond pas suffisamment à un impératif politique du gouvernement pour que l'étude ait débouché sur un décret de programme et de financement. On parle plus volontiers de freiner l'explosion des coûts de la santé et de limiter le développement des services collectifs. Le slogan à l'ordre du jour est « moins d'État » et il s'applique en particulier à un projet où l'État devrait aider à mettre en place des institutions et des activités par lesquelles la collectivité pénètre dans un domaine jugé jusqu'ici du seul ressort de l'individu. En outre, on

nime dans son refus d'endoctriner, de prescrire des changements de comportements et d'imposer à tout un chacun, comme une nouvelle norme morale, les interdits et recommandations d'un bien-être sanitaire. Cette démarche n'est pas sans difficultés ni ambiguïtés. Ainsi, en entrant dans le projet du PNR 1 et en assumant sa continuité, les animatrices se sentent investies de la « mission » d'enseigner à la population à prendre en charge sa santé, et concrètement, elles en arrivent à proposer des consignes de diététique ou de style de vie et un modèle de valeurs qui limitent ce qui est généralement symbole de plaisir (tabac, alcool, gastronomie riche, etc.). Elles se défendent pourtant de prêcher l'austérité et l'équilibre trop raisonnable d'une vie sans excès, donc sans saveur.

« On ne parle jamais assez du plaisir », disent-elles en reconnaissant que, dans le domaine de la prévention en particulier, il est difficile d'exprimer des conseils de vie qui dynamisent et qui fassent envie : question de pudeur et de morale, mais surtout héritage culturel qui a associé le salut et la santé à un certain ascétisme, à des interdictions et des renoncements. Elles voudraient pourtant faire ressentir l'euphorie du sportif ou les saveurs d'une nourriture appétissante, colorée, variée et riche autant en vitamines qu'en messages affectifs.

Ce serait évidemment plus facile et plus conforme à la formation reçue de proposer des recettes, des consignes précises, des interdits et des restrictions. D'ailleurs, cela correspond souvent mieux aux attentes de ceux qui s'adressent au Centre de prévention. Mais « il ne faut pas tomber dans ce jeu-là », mais plutôt chercher avec les gens ce qui leur permet de mieux faire face aux difficultés et tensions de la vie, en sorte de gagner du plaisir et de l'autonomie.

La pratique yonnaise appelle

plusieurs types de remarques. Sur le plan de la démarche institutionnelle, on est encore loin de l'action communautaire participative que suggèrent les experts de l'OMS. Il reste établi que la prévention et la promotion de la santé sont des « interventions » professionnalisées qui proposent à un public non différencié des « connaissances sanitaires » et qui doivent jouer sur les « motivations » pour transformer les connaissances et attitudes en « comportements » sains. La communauté de culture des animateurs et du public cible et la distance par rapport aux modèles médicalisants font que cette éducation est aisément appropriable par les participants et qu'elle touche globalement le mode de vie.

D'autre part, l'équipe est consciente de la contradiction qui oppose un mode de vie autonome, agréable et sain et une société de contraintes, d'inégalités, de stress et de consommation. Les causes sociales des facteurs de risque sont reconnues, leur dimension souvent collective et institutionnelle aussi, mais l'action éducative du Centre se centre d'abord, voire uniquement, sur la personne. On ne prétend pas lutter réellement contre les causes du mal-être à partir de la campagne de prévention, et l'on pense surtout que, pour les personnes touchées, prendre conscience qu'il est possible d'améliorer son bien-être individuel peut être le passage obligé et le point de départ d'une réflexion sur les conditions de vie et de travail, ainsi une distanciation à l'égard des rapports de dépendance face au pouvoir économique, politique et aussi médical. Le soulagement apporté, par exemple, par la relaxation permet peut-être d'affronter plus sûrement les conflits, ou simplement de dormir enfin régulièrement.

De toute façon, l'équipe ne se sent pas assez forte pour s'attaquer aux causes collectives de la mau-

vaise santé et ne se sent pas légitimée à se substituer aux mouvements politiques, syndicaux ou autres qui généralement n'interviennent pas assez dans ce domaine.

Enfin, il faut bien admettre que le discours appelant à une prise en charge autonome de la santé à travers le mode de vie correspond souvent aux dispositions culturelles des couches moyennes et supérieures et en partie des milieux d'employés, mais qu'il tend à exclure les membres des couches populaires. Les statistiques sur la clientèle du PNR 1 à Nyon minimisent peut-être cette tendance sélective, mais on ne peut nier que les participants les plus cultivés et les plus autonomes économiquement soient aussi les plus réceptifs à une promotion de la santé globale et en même temps individualisée. « Ce qui passe » diffère selon les milieux et des explications plus claires, un langage mieux adapté ne suffisent pas. On aurait tort cependant de tout ramener à la culture et au style de vie, et de faire comme si les modèles des couches moyennes ne tendaient pas à se généraliser comme modèles dominants, déterminant ainsi les attitudes et aspirations des couches populaires. Les inégalités économiques, les problèmes de temps et de fatigue, exercent alors un effet tout aussi discriminant, ce que perçoivent les responsables du Centre sans avoir de réponse à proposer. D'une part, ils ont organisé des activités directement dans la principale entreprise et pris des contacts avec le personnel d'autres usines et des grands magasins lors de contrôles de santé collectifs pendant les heures de travail. D'autre part, ils partent de l'idée que leur bonne intégration personnelle et institutionnelle dans la ville de Nyon leur permet de nouer des relations personnalisées avec un grand nombre de personnes sans distinction de classe sociale et que de cette manière, puis par le bouche à

108 oreille, ils ont également atteint les couches populaires. Un troisième fait a contribué à la « neutralité sociale » de l'éducation à la santé : c'est d'avoir organisé beaucoup d'activités ayant l'alimentation pour thème et par là d'avoir d'abord touché les femmes ; or, dans tous les groupes sociaux, celles-ci s'interrogent sur la « bonne alimentation » et sont prêtes à en parler plus facilement que de sujets abstraits. Malgré ces efforts, les contacts avec la fraction immigrée (Italiens et Espagnols) de la classe populaire sont restés très limités.

Faisant le bilan de l'évolution de la prévention primaire, Serge Karsenty l'explique à partir de l'affaiblissement considérable de la capacité de décision des pouvoirs publics en matière de santé de la population :

Les campagnes incitatives restent donc la seule solution lorsque les autres abords sont interdits, techniquement ou culturellement. Les campagnes d'éducation pour la santé qui irritent tant ceux qui y voient une manifestation de pouvoir ou l'émergence d'une « nouvelle morale sanitaire », ne sont en fait que l'expression d'une incapacité radicale à maîtriser les déterminants sociaux des conduites individuelles. [...] L'obstacle majeur au développement de ces campagnes est l'absence de cohérence entre leurs objectifs affichés et les traits culturels dominants par lesquels se fait l'articulation entre la société civile et l'État. Concrètement, la crédibilité des messages est atteinte par la faible qualité des motivations que les récepteurs prêtent à l'émetteur [...]. Qu'ils soient locaux ou nationaux, les émetteurs de messages auront la même difficulté à faire sortir les comportements sanitaires de leur statut privé, si la nature de la solidarité sociale

que ces actions impliquent n'est pas profondément harmonisée avec leurs objectifs. Lorsque la valorisation de la vie humaine par le calcul économique des « avantages » est mise en échec par la situation générale de l'emploi, l'incohérence apparaît qui consiste à vouloir valoriser la santé des individus alors que la collectivité ne sait que faire d'un certain nombre d'entre eux. De telles constatations n'échappent pas au public lorsque, par exemple, il est soumis à un discours nataliste et que le problème du chômage n'est pas résolu¹⁶.

Le Centre de prévention de Nyon ne cherche pas à faire de la santé le lieu privilégié d'une solidarité sociale et ne légitime pas son intervention par un discours sur le coût de la santé. Il en va autrement dans les débats sur la mise en place d'une politique de la prévention au niveau cantonal. Entre les animatrices et les gens de la région de Nyon, le courant qui passe est plutôt celui d'un gain individuel de bien-être et de liberté par rapport aux tensions physiques et psychiques de la vie quotidienne. Les comportements sanitaires gardent leur statut privé de même que les avantages que les usagers peuvent tirer d'un mode de vie plus conscient. Dans une société où la plupart des conduites sociales vont dans le sens d'une compétition croissante entre individus, proposer un « égoïsme de la santé » est plus crédible et peut jouer en particulier un rôle de valorisation, y compris des individus les moins privilégiés.

Philippe Lehmann, sociologue,
Institut universitaire de médecine
sociale et préventive, Lausanne

Yolande Dormond, infirmière
en santé publique, coordinatrice,
Centre de Prévention des Ligues
de la Santé, Nyon

NOTES

- ¹ Nyon, ville de 12 500 habitants en 1980, dans le Canton de Vaud, au bord du Lac Léman, à 40 km de Lausanne et 25 km de Genève. La ville et les villages alentours connaissent une croissance démographique rapide, notamment par l'effet de proximité avec Genève, où se déplace quotidiennement 20 % de la population active nyonnaise.
- ² Programme national de recherche n° 1A : Junod B., Gutzwiller, F. « Prévention des maladies cardio-vasculaires : de l'expérimentation évaluative à l'application », *Médecine et Hygiène*, 36, 530-535, 1978. Programme national suisse de recherche 1A. *Prévention des maladies cardio-vasculaires en Suisse*, Haupt, Berne-Georgi, St-Saphorin, 1982. Autorengruppe Nationales Forschungsprogramm 1A, *Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten*, Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogrammes 1A, Huber, Berne, Stuttgart, Wien, 1984. Le Programme national de recherche n° 1B comprend des études sur l'épidémiologie des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires chez les enfants et les adolescents.
- ³ Lehmann, Ph., « Prévention des maladies cardio-vasculaires — Méthodes d'éducation pour la santé et évaluation : Nyon », *Cahiers Médico-Sociaux*, 27, n° 1, 1-157, 1983.
- ⁴ Gutzwiller, F., *Gesundheit lehren — Manual für Aktionen und Programme auf der Grundlage des Nationalen Forschungsprogrammes 1A*, Sandoz AG, Bâle, 1982.
- ⁵ Kannel, W.B., Gordon, T., *The Framingham Study : an epidemiological investigation of cardiovascular diseases*, U.S. Department of Health Education and Welfare, Public Health Service, National Institute of Health. « The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) », *Preventive Medicine*, 10, 387-554, 1981. Mc Alister A., Puska P. *et al.*, « Theory and Action for Health Promotion : Illustrations from the North Karelic Project », *American Journal of Public Health*, 72, 43-50, 1982.

Enelow, A.J., Henderson, J.B. ed., *Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk*, Proceeding of a conference, American Heart Association, 1975.

⁶ Programme national suisse de recherche 1A, *Prévention des maladies cardio-vasculaires en Suisse*, Haupt, Berne et Georgi, St-Saphorin, 1982, p. 17.

⁷ *Ibid.*, p. 11.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ La Fédération vaudoise des Ligues de la santé regroupe les Ligues contre la tuberculose et les maladies pulmonaires, contre les rhumatismes et contre les maladies cardio-vasculaires. Il s'agit d'organismes privés à vocation de service médico-social et de dépistage, financés par des subventions cantonales et fédérales et par des collectes de dons.

¹¹ *Scénario pour un Centre de prévention à Lausanne*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive et Fédération des Ligues de la santé, déc. 1983.

¹² Rapport d'un comité d'experts de l'OMS, *Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaire*, OMS, série de rapports techniques, n° 690, Genève 1980, p. 8-9.

¹³ Fonds national suisse de la Recherche scientifique, *Plan d'exécution du Programme national de recherche « Prévention des maladies cardio-vasculaires »*, Berne, 31.3.1976.

¹⁴ Principes exposés à la Commission d'experts Education pour la santé du PNR 1A, 8.2.1977.

¹⁵ Rosenstock, I.M., *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, 1974, résumé par la Commission d'experts Education pour la Santé du PNR 1A, 1978.

¹⁶ Karsenty, S., « La prévention primaire est-elle coincée ? », *Après-demain*, n° 241-242, fév.-mars 1982, p. 38-40.