

La prévention et la politique américaine
The politics of prevention
La prevención y la política americana

Rosemary C. R. Taylor

Numéro 10 (50), automne 1983

Mouvements alternatifs et crise de l'État

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034662ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034662ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Taylor, R. C. R. (1983). La prévention et la politique américaine. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (10), 117–131. <https://doi.org/10.7202/1034662ar>

Résumé de l'article

La prévention est le lieu d'une confrontation politique majeure aux États-Unis. De plus en plus, les stratégies de prévention s'inspirent d'une idéologie qui reporte sur les individus la responsabilité de leur santé et de leur bien-être personnel. L'article analyse comment, depuis la fin des années soixante-dix, s'est imposée cette conception individualisante de la prévention et comment elle parvient à influencer les décisions de l'État, tant en ce qui concerne le financement que l'orientation de sa politique de santé.

L'article décrit les interventions récentes de l'administration Reagan visant à limiter la portée de diverses réglementations et agences gouvernementales vouées à la prévention, qu'il s'agisse de conditions de travail, d'environnement ou d'hygiène publique.

Deux théories étiologiques s'affrontent : l'une qui reçoit le soutien du gouvernement, des industries, du pouvoir médical met l'accent sur les habitudes quotidiennes pathogènes; l'autre met en relief l'importance des facteurs sociaux; certains secteurs du mouvement ouvrier, les écologistes, certaines agences gouvernementales tentent de la défendre. Mais le rapport des forces est inégal. Cependant, peut-on imaginer que, dans un contexte de détérioration croissante du niveau de vie, on puisse continuer de croire que la santé, comme toute autre chose, n'est qu'une question de volonté individuelle ?

La prévention et la politique américaine

R.C.R. Taylor

La prévention, est le nouveau mot à la mode des politiques de santé aux États-Unis. Cependant, cette notion recèle à long terme les enjeux d'une confrontation politique importante. De plus en plus les stratégies de prévention s'inspirent d'une idéologie qui reporte sur les individus la responsabilité de leur santé et de leur bien-être personnel. La prévention fait partie d'une idéologie qui a saisi depuis cinq ans l'opinion américaine même si les activités qu'elle suscite — le jogging, les programmes d'exercice physique, l'antitabagisme et la modification des régimes alimentaires — sont de toute évidence, généralement le fait des classes moyennes. Ce texte cherche à rendre compte du nouveau consensus qui s'est dégagé vers la fin des années soixante-dix à propos d'une nouvelle politique de prévention aux USA. Cette dernière est l'oeuvre

d'une coalition de forces sociales particulièrement hétérogènes que je vais m'efforcer de décrire. Les intérêts matériels des partisans de cette nouvelle orientation ne suffisent pas à expliquer comment leurs perceptions de l'étiologie des maladies, qui inspirent la politique actuelle de prévention sont devenues le mode dominant d'interprétation de la réalité sociale des Américains. Dans un écrit antérieur, j'ai tenté d'explorer plus en profondeur le rapport existant entre l'évolution de la politique de santé et les croyances populaires. (Taylor, 1981). Je suggère dans ce sens que l'idéologie de la prévention prônée par l'État en ce moment est largement acceptée parce qu'elle correspond simultanément à la modification de valeurs culturelles, au soutien actif de « l'establishment » médical et parce qu'elle traduit l'expérience subjective du rapport entre

la santé et divers aspects de la vie quotidienne d'une large partie de la population. Dans le présent texte, je me limite à indiquer la façon dont s'est imposée une conception particulière de la prévention et comment elle parvient à influencer les décisions de l'État, tant en ce qui concerne le financement que l'orientation de sa politique de santé.

Il convient, en premier lieu, d'expliquer comment une politique de prévention, quelle qu'en soit sa nature, a pu prendre une telle ampleur dans les débats politiques actuels. Car, faut-il le souligner, il n'y a pas si longtemps les seules critiques à l'endroit de la pratique médicale concernaient le quasi-monopole qu'exerce la médecine « lourde » sur les ressources consacrées aux soins de santé, alors que la prévention ne constituait qu'un voeu pieux auquel on faisait

118 référence lors des congrès annuels. Pour beaucoup, l'enthousiasme actuel à l'égard de la prévention va de soi : on a démontré, au-delà de tout doute raisonnable, que la médecine n'a qu'une faible influence sur la santé de la population.

Les meilleures évaluations indiquent que le système médical (médecins, produits pharmaceutiques, établissements de santé) a une influence sur environ 10 % des indices de santé.

... L'autre 90 % est influencé par des facteurs sur lesquels les médecins n'ont pas ou peu de contrôle : des modes de vie individuels (tabagisme, exercice physique, anxiété) aux conditions sociales (revenus, habitudes alimentaires, patrimoine physiologique) et à l'environnement physique (qualité de l'air et de l'eau). (Wildavsky, 1977).

Si les soins médicaux produisent des résultats si maigres, prétendent les défenseurs de ce raisonnement, il faut alors agir sur les facteurs qui ont une efficacité réelle, à savoir les mesures préventives.

Lorsque le rapport entre la santé et les soins de santé a été remis en question de cette façon, ce fut inévitablement la question des coûts astronomiques des soins qui fut mise en évidence. Les maladies qu'on aurait pu éviter, soulignait-on, imposent à la nation un fardeau fiscal insoutenable contribuant à stimuler la poussée inflationniste et à affaiblir l'économie. En 1950, le financement des soins de santé constituait 4 % des dépenses du gouvernement fédéral. Cette proportion a grimpé à 8,6 % en 1970,

à 10,4 % en 1975 et à 12 % en 1979 (Freeland et Schendler, 1981). L'augmentation des coûts déjà fort élevés des soins hospitaliers (ils constituent le facteur principal dans l'augmentation des dépenses) n'a pas été entièrement assumée par les compagnies d'assurance, ce qui a eu pour effet de rendre encore plus critique la mauvaise distribution des ressources. Les groupes de citoyens à faible revenu n'ont pas été les seuls à protester ; les grandes entreprises aussi ont vu d'un mauvais oeil l'augmentation sans cesse croissante de la facture relative à ce type de bénéfices marginaux. De ce point de vue, la prévention devient une nécessité si l'on veut parvenir à contrôler l'augmentation des dépenses.

Diverses solutions ont été proposées pour répondre au double problème d'un système de soins de santé trop onéreux et peu efficace quant à l'état général de santé de la population. La solution retenue à la fin des années soixante-dix pour contrôler les dépenses consistait à hiérarchiser les soins selon leur degré de sophistication technologique. Le président Carter a essayé, sans succès, d'imposer un plafond aux dépenses hospitalières. D'autres mesures ont visé à limiter les prérogatives des médecins. Présentement le président Reagan affronte les problèmes des années quatre-vingt en se faisant l'ardent défenseur de la libre concurrence. La réduction de tous les services sociaux est devenue une stratégie politique viable. En matière de soins de santé, cette stratégie se traduit par la modification des conditions d'admissibilité au régime public d'assurance-maladie afin d'en exclure une grande partie de bénéficiaires et par la fermeture des hôpitaux municipaux. Les consommateurs, à leur tour, doivent faire leur part dans l'effort national exigé. C'est en effet sur la question de l'attitude des consommateurs que les partisans du contrôle des dépenses

se rejoignent les promoteurs d'une meilleure gestion du système médical. Les consommateurs doivent devenir plus avisés, plus conscients des coûts, prétendent les responsables des politiques de santé qui sont, eux, préoccupés par le nombre de consultations jugées inutiles. Les patients devraient eux-mêmes faire des efforts avant de recourir à des services de santé par ailleurs inefficaces et qui peuvent se révéler, à la longue, nuisibles à leur santé, ajoutent les nouveaux spécialistes de la prévention. Les deux préoccupations, coûts et efficacité, se rejoignent sous la bannière de la prévention, mais l'entente est précaire.

Même si la plupart des observateurs estiment que la prévention constitue un objectif valable, ils lui prêtent des significations différentes. Les désaccords inévitables ne font que refléter deux conceptions incompatibles des causes de maladie dans la société contemporaine. Pour certains, les maladies modernes sont principalement imputables aux niveaux de stress, à la nature du travail dans un système capitaliste (Eyer et Sterling, 1977), à des menaces spécifiques portées à l'environnement, telles la pollution de l'air, les produits chimiques cancérigènes, les additifs alimentaires et les accidents du travail. La prévention, selon cette perspective, implique des réformes sociales importantes. Pour leur part, les théories de l'étiologie des maladies, reconnues dans d'autres milieux, mettent en relief l'importance du comportement des individus. Selon elles les maladies de civilisation — principalement le cancer et les maladies cardiaques — sont des maladies d'abondance : la population mange trop, boit trop, ne fait pas assez d'exercice et se tue sur la route. La prévention, impliquerait alors la modification des comportements destructeurs à travers un programme d'éducation assorti, au besoin, de sanctions appropriées.

C'est ainsi que l'orientation fondamentale de la politique de prévention est devenue un enjeu important sur la scène politique. Sur le plan historique, on peut constater que chaque orientation théorique qui sous-tend la vision de la maladie et sa prévention, (disons, la conception sociale et la conception individualiste) a prédominé à divers moments aux USA. Mais depuis peu, c'est derrière l'orientation individualiste que se range la volonté politique ; beaucoup plus, en tout cas, qu'avec ceux qui cherchent à remettre en cause les déterminations sociales de la maladie. Sous l'administration Reagan, le lobby des grandes entreprises agroalimentaires a réussi à contrer les efforts du Congrès qui cherchait à réglementer l'étiquetage des produits alimentaires, notamment en ce qui concerne les concentrations de sodium. La législation sur la qualité de l'air et de l'eau a été considérablement affaiblie et la Commission de santé et sécurité du travail (CSST) ainsi que l'Agence de protection de l'environnement (APE) ont vu leurs champs d'intervention sévèrement limités. En même temps, l'Office de prévention de la maladie et de promotion de la santé, qui fut l'une des seules agences à l'abri des coupures budgétaires cette année, se limite maintenant exclusivement aux questions de mode de vie. (Ce n'est pas le lieu de débattre la question normative quant à la politique qui produirait les meilleurs effets à long terme au niveau de l'état de santé de la population. Il s'agit simplement ici de comprendre le déplacement de la politique de prévention aux USA vers l'orientation individualiste.)

Comment interpréter le succès de l'orientation individualiste ? Je vais examiner trois explications dont deux sont généralement considérées comme indiscutables par presque tout le monde indépendamment des allégeances politiques. Selon la première, la recherche

scientifique a démontré au-delà de tout doute raisonnable que les modes de vie pathogènes sont à l'origine des épidémies modernes que constituent le cancer et les maladies cardiaques. Un article du *Journal of Chronic Diseases* illustre parfaitement cette argumentation : « C'est lorsqu'on a reconnu que les facteurs de risque des maladies chroniques chez les adultes sont facilement identifiables dès la période de jeunesse et qu'ils sont, en grande partie, le résultat des habitudes associées au mode de vie (par exemple, tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, et manque d'exercice physique) que l'on est arrivé à la conclusion que la prévention de la maladie chronique doit commencer chez les enfants » (Williams et al., 1979). Dans un texte un peu plus polémique, Whelan soutient que « les morceaux du casse-tête que constituent les causes du cancer peuvent maintenant être rassemblés et l'image qui s'y dessine est très claire : ce sont les aspects négatifs de nos habitudes individuelles et en particulier, la cigarette et les excès alimentaires qui en sont les premiers responsables. » (Whelan, 1979). Lorsqu'on reconnaît que des facteurs tels l'environnement physique ou le milieu de travail peuvent être imputables d'une partie de la mortalité, on invoque le pragmatisme pour motiver la concentration des efforts sur le mode de vie : la reconstruction sociale est à la fois irréaliste et trop coûteuse.

Une deuxième explication avancée par des chercheurs (par exemple, Salmon et Berliner, 1979) prétend que certains intervenants, en particulier l'industrie et les gouvernements, ont tout à gagner, tant au plan idéologique que financier, d'initiatives telles que les programmes d'assurance à frais partagés qui privilégient la nécessité de modifier des habitudes individuelles. Par ailleurs, ces mêmes intervenants risquent de perdre beaucoup si l'ac-

cent est mis sur les facteurs sociaux qui peuvent renforcer un courant politique favorable à de nouvelles restrictions sur le capital. La priorité nationale sur une campagne de restrictions individuelles et d'auto-contrôle a été largement appuyée, sinon initiée, par de grandes entreprises connues pour leurs pratiques douteuses en matière de santé et sécurité au travail et de protection de l'environnement. Ces entreprises, selon Crawford, « sont obligées de chercher des moyens pour contourner les efforts des nouveaux militants actifs dans le domaine de la santé afin de déplacer le débat concernant la responsabilité de la santé » (Crawford, 1979).

Enfin, une troisième explication fournie par Renaud dans un texte publié récemment soutient que l'intervention de l'État dans le domaine des soins de santé va nécessairement minimiser les déterminants sociaux de la santé. Il existe des « contraintes structurelles qui déterminent à l'avance les problèmes auxquels l'État dans les sociétés capitalistes est en mesure de répondre » (Renaud, 1975). La première option est, pour l'État, la plus facile. Elle consiste à blâmer les individus pour leurs propres problèmes de santé. Cela ne veut pas dire, bien entendu, qu'il existe « un complot machiavélique de certains individus et groupes sous le contrôle d'un empire médical occulte » ; cette option est plutôt l'aboutissement de la logique profonde et inéluctable de l'ordre social capitaliste dans le domaine de la santé.

Quoi qu'on pense de chacune de ces trois explications il faut reconnaître qu'aucune d'entre elles ne fournit une explication satisfaisante des transformations des politiques des soins de santé dans le sens d'une plus grande priorité sur la prévention. Les résultats de recherche sur le rapport entre les facteurs liés aux modes de vie et les maladies chroniques sont loin d'être concluants. « Les données

120 de base qui constituent le fondement de toute politique de prévention sont connues de façon très imparfaite » signale un récent article paru dans *The Lancet* :

Un exemple précis : il existe une forte corrélation entre un taux élevé de maladies cardio-vasculaires et un style de vie caractérisé par une consommation excessive de la cigarette, de l'alcool, un manque d'exercice physique et, (facteur beaucoup plus douteux) « l'anxiété », si cela veut encore dire quelque chose. Mais parmi cet ensemble de facteurs, on sait très peu de choses sur l'importance relative de chacun d'entre eux et il est tout à fait possible qu'aucun de ces facteurs, considéré indépendamment des autres, n'ait autant d'importance que l'histoire familiale des maladies cardio-vasculaires (un facteur sur lequel il est impossible d'agir)... (Black, 1982).

Le tabagisme est généralement reconnu comme une des principales causes du cancer des poumons, quoique les partisans de l'orientation sociale de la prévention soutiennent qu'axer les efforts uniquement sur les habitudes destructrices des fumeurs permet de mieux passer sous silence les obstacles économiques et politiques que rencontrent les campagnes anti-tabagistes, notamment les réticences des trois niveaux de gouvernement à se passer de revenus provenant des taxes sur le tabac. Le rapport entre d'autres facteurs liés au mode de vie et diverses formes de cancer est sérieusement remis en question (Epstein et Swartz, 1981). Par ailleurs, l'idée que ce sont les résultats d'expériences scientifiques, qui sur la base d'une

accumulation de faits empiriques servent de tremplin à l'élaboration des politiques d'un programme de prévention individualiste, ne résiste pas à l'analyse. La vaste majorité des faits qui sont maintenant annoncés à grands renforts de publicité pour témoigner du caractère pathogène incontestable des habitudes individuelles, est loin d'être nouvelle. Ce qu'il faut expliquer, en revanche, c'est « la découverte » de ces faits et la façon dont ils ont été utilisés.

S'en prendre aux entreprises comme première force responsable de l'orientation individualiste n'est guère plus convaincant. Cette façon de voir les choses présuppose un État qui ne serait qu'un simple instrument du capital et réduit le phénomène de l'idéologie à une simple expression des intérêts capitalistes particuliers. Il n'est pas évident que les dépenses peuvent être contrôlées, ni que les grandes entreprises bénéficieraient de façon significative d'une politique de prévention individualiste. Holtzmann, par exemple, soutient au contraire que dans une période où le taux de chômage est très élevé, comme en ce moment :

On pourrait même imaginer que le surplus de main-d'oeuvre aurait comme effet de réduire l'intérêt des entreprises à améliorer la santé des travailleurs potentiels. À mesure que la demande pour les travailleurs qualifiés diminue, il devient de plus en plus facile de remplacer les travailleurs qui meurent prématurément ou qui deviennent infirmes. Les entreprises pourraient même bénéficier d'une augmentation du taux de mortalité prématurée ; les prestations d'assurance invalidité et de retraite se verraient diminuées en conséquence (Holtzmann, 1979).

Même sur le plan politique, cette explication n'est pas entièrement satisfaisante car elle tend à minimiser la plupart des initiatives « alternatives » dans le champ de la santé — c'est-à-dire les groupes d'auto-santé, les partisans d'une approche philosophique ou spirituelle des problèmes de santé —

et de n'y voir que des colporteurs du réformisme récupérés par l'idéologie dominante. Ce point de vue a tendance à négliger les aspects profondément progressistes des mouvements sociaux des années 1960 et 1970 qui ont cherché à démystifier la médecine et à encourager les patients à compter sur leurs propres ressources.

Même si Renaud précise qu'il ne faut pas chercher des « coupables » chez des individus ou groupes spécifiques lorsqu'il s'agit de comprendre les limites de l'intervention étatique, son explication n'est pas très éclairante en ce qui concerne la compréhension du processus d'élaboration des politiques préventives. De fait, le domaine politique, est presque totalement absent de son explication. Sa conception des tendances générales du capitalisme qui transformeraient les besoins de santé en commodités, fait en sorte qu'il passe sous silence les détails de ce processus. Il admet la possibilité de l'émergence de luttes de classes et donc de réformes partielles lorsque la conjoncture historique est favorable — « efforts timides... vers l'implantation partielle d'une nouvelle médecine axée sur la prévention et les soins communautaires » — mais il laisse à d'autres la tâche de spécifier et de comprendre ces rapports de forces économiques et politiques.

Pour ma part, il me semble qu'il faut considérer le discours dominant autour de la prévention dans un contexte plus large. Ce ne sont ni le progrès tranquille des connaissances scientifiques, ni les intérêts dominants du capital, ni la logique inexorable du capitalisme pris séparément ou ensemble qui peuvent constituer une réponse satisfaisante à cette question. La mise en place des politiques de prévention s'inscrit à l'intérieur d'un cadre conceptuel généralement partagé par les principaux acteurs. C'est ce cadre qui permet la compréhension d'un pro-

blème et de ses origines. Nous devons donc chercher à arriver à comprendre comment s'est forgé le consensus sur les avantages de l'orientation individualiste au niveau de la politique nationale. Afin d'identifier les conceptions théoriques et intuitives des points de vue des politiciens, des médecins et des dirigeants économiques, entre autres, nous devons examiner les rapports sociaux et les contraintes économiques qui rendent ces conceptions plausibles et séduisantes aux yeux des divers acteurs. La médecine, par exemple, constitue un système de rapports sociaux qui implique, au minimum un certain type de relation médecin/client. Les stratégies de prévention couramment utilisées par la profession médicale doivent donc se dérouler — jusqu'à un certain point du moins — à l'intérieur des normes permises par ce rapport (Rosenberg, 1979).

Dans un premier temps donc, je vais préciser les assises sociales de chaque groupe, qui déterminent leur optique particulière de l'étiologie des maladies chroniques. Je m'efforcerai par la suite d'établir les fondements politiques du consensus apparent établi au sujet de l'orientation individualiste. Les partisans de l'orientation sociale existent mais, à l'heure actuelle, leur influence sur le processus d'élaboration des politiques est très réduite.



Coûts et bénéfices : le capital et le travail

En 1977, Bernard Kramer, signe un éditorial de l'*American Journal of Public Health* où il s'interroge sur les réactions d'hostilité manifestées à l'égard des campagnes contre le tabagisme, (et par la même occasion contre d'autres campagnes publiques en matière de santé). Il arrive à la conclusion qu'en période d'austérité économique, la population devient plus tolérante envers « les mesures dilatoires des grandes entreprises face aux contraintes de la santé publique ». Il faut noter cependant, que si les grandes entreprises aux USA se sont opposées à certaines initiatives en ce domaine, certaines autres ont reçu un accueil enthousiaste.

Plusieurs grandes entreprises dont la main-d'oeuvre est syndiquée, sont préoccupées par les dépenses énormes qu'elles doivent effectuer chaque année au chapitre des assurances-santé. « Les dépenses en matière de santé constituent le deuxième plus grand poste budgétaire — après les coûts énergétiques — et elles connaissent un rythme de croissance supérieur à toutes les autres composantes des coûts de la production industrielle » (Gifford et Anylan, 1979). Les médecins, selon le magazine *Forbes*, n'ont pas encore pris la mesure « de la profonde préoccupation de ceux qui payent la facture (des services médicaux)... à savoir le monde des affaires » (« Physician Heal Thyself », 1977). Par ailleurs, les soins de santé constituent un fardeau important, non seulement pour

les grandes entreprises mais également pour les consommateurs. Selon General Motors, ces dépenses ont ajouté 175 \$ au coût total de chaque voiture et camion fabriqué par GM au cours de l'année 1976 (Burns, 1977). Un rapport de la Commission présidentielle sur l'exercice physique a établi que les décès précoces coûtent plus de 25 \$ milliards à l'industrie américaine et entraînent une perte de plus 132 millions de jours/hommes chaque année. En guise de réponse à cette situation, plusieurs grandes entreprises telles Xerox, Exxon, Pepsico, General Foods et North American Rockwell ont mis en place des programmes élaborés d'entraînement physique pour leurs employés.

À première vue donc, on pourrait avoir l'impression que les chefs d'industrie auraient intérêt à tout essayer dans le domaine de la prévention. Si l'on pouvait prévenir certaines maladies, effectuer un dépistage et un traitement précoces, on pourrait s'attendre en retour à déboursier moins à ce chapitre et, par conséquent, assister à une baisse des primes d'assurance. Il semblerait cependant, qu'en dépit du mot d'ordre de la prévention, les entreprises s'intéressent plus à certains types de problèmes de santé que d'autres et privilégient certaines catégories d'employés. En effet, la plus grande partie des efforts consacrés à l'éducation sanitaire est destinée aux cadres supérieurs afin de les aider à prévenir des problèmes cardio-vasculaires. Un directeur des services du personnel, interrogé par le *Harvard Business Review*, explique sans ambages ce choix. « Notre expérience nous démontre que le coût d'une crise cardiaque se chiffre, au bas mot, à trois fois le salaire annuel d'un cadre supérieur. Parfois, c'est de l'ordre de millions de dollars, selon la gravité de la maladie et les fonctions qu'exerçait le dirigeant en question ». « Réfléchir un instant

122 aux coûts, poursuit l'auteur du texte, aux honoraires des médecins, au coût de l'hospitalisation, aux prestations d'assurance-invalidité, aux journées de travail perdues, à l'assurance-vie, et à d'autres dépenses au niveau de la réhabilitation, à l'entraînement de nouveau personnel, etc... » (White, 1978).

Des recherches récentes cependant semblent indiquer que l'image du cadre supérieur stressé — malheureux en dépit du succès, du pouvoir, de l'argent et du prestige, incapable de se reposer et de profiter de sa situation — est un mythe. Plusieurs recherches démontrent que les cadres supérieurs sont moins sujets aux crises cardiaques que les ouvriers et que leur taux de mortalité est de 10 % à 30 % inférieur à celui de la population en général. Une étude des habitudes de vie et de travail de quelque 2 000 cadres supérieurs de la ville de New York arrive à la conclusion suivante : « La vaste majorité des cadres — 87 % — réussissent bien à intégrer le travail dans leur vie quotidienne, ont des habitudes de vie plus saines que l'ensemble de la population et ne sont pas sérieusement troublés par le stress lié au travail » (Borason, 1978). On peut donc se demander d'où vient ce mythe tenace que les cadres supérieurs seraient davantage victimes des crises cardiaques causées par le stress au travail et pourquoi les entreprises sont prêtes à financer des programmes pour un groupe

de leurs employés qui jouissent d'un niveau de santé supérieur à la moyenne. Une partie de la réponse est certainement liée au fait qu'elles considèrent les cadres comme des investissements plus rentables. « Il n'y a aucune disposition précise dans la réglementation fiscale fédérale, précise un analyste favorable aux mesures de dégrèvement fiscal pour des programmes médicaux des entreprises, qui empêcherait l'employeur d'axer ces programmes de santé en fonction des cadres et des autres employés à salaire élevé » (Bartz, 1977).

Il y a également une deuxième explication à ce paradoxe. En mettant en évidence les maladies cardio-vasculaires comme étant la menace numéro un à la santé de leurs employés et en axant leurs efforts sur les stratégies préventives relativement peu coûteuses dans ce domaine, les entreprises parviennent à dissimuler l'existence d'autres maladies qui font autant de victimes mais qui affectent cette fois des employés à valeur marchande moindre et pour lesquels la prévention serait alors beaucoup plus onéreuse.

Selon la CSST, environ 100 000 travailleurs meurent chaque année et trois ou quatre fois plus deviennent invalides par suite de maladies industrielles (maladies qui sont liées à l'introduction d'additifs chimiques incorporés aux produits ou intégrés aux procédés de fabrication ; elles constituent une catégorie distincte par rapport aux accidents de travail qui eux, se produisent au rythme de 2 000 par mois). Les entreprises font rarement mention de la menace engendrée par les accidents industriels ou le cancer au cours de leurs envolées enthousiastes sur les mérites de la prévention. Bien au contraire. Elles déploient des efforts prodigieux pour contester les résultats des recherches et les réglementations des agences gouvernementales telles l'A.P.E. (Agence de protection

de l'environnement), la C.S.S.T. (Commission de santé et sécurité au travail), l'O.P.C. (L'Office de protection des consommateurs) et le Ministère de l'Agriculture qui ont le mandat de protéger les travailleurs et les consommateurs de ces dangers.

L'évolution récente de la scène politique aux États-Unis a mis en évidence de nouveaux thèmes dans le discours des entreprises. Les techniques employées dans la lutte constante contre les agences gouvernementales de réglementation ont profondément marqué les nouvelles images des problèmes de santé et des origines de la maladie. Au cœur de ce nouveau langage on retrouve l'analyse des coûts et bénéfiques qui, selon David Noble (1980), constitue le terrain préféré de l'industrie pétrochimique pour résister aux contrôles gouvernementaux. Cette industrie a exigé — et obtenu — que les agences gouvernementales soient obligées de tenir compte des coûts économiques des règlements et qu'elles adoptent une procédure standardisée et chiffrée dans l'évaluation des coûts et bénéfiques de chaque projet de réglementation. Noble précise que les agences sont maintenant « paralysées sous une avalanche de rapports, d'études, et de procédures judiciaires ». Les enquêteurs ont été muselés par des « formules mathématiques » et les orientations fondamentales à l'origine de l'action gouvernementale ont été perdues en cours de route. Plus important encore, la comptabilisation des risques a généré un nouveau discours politique : la vie comporte nécessairement des risques et les probabilités évidentes de contracter le cancer à la suite de l'utilisation ou de la manutention de certains produits doit être évalué en rapport avec d'autres risques et en comparaison avec les bénéfiques que procurent ces produits. Le résultat, en fin de compte, aboutit à dédramatiser, sinon à banaliser

la présence d'éléments cancérogènes en milieu de travail.

Les syndicats quant à eux continuent d'exercer une certaine pression sur les dirigeants d'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail. Dans le secteur pétrochimique, par exemple, ils ont réclamé des recherches plus approfondies sur le taux élevé du cancer du cerveau qui frappe leurs membres ; les mineurs, pour leur part, ont réussi à bloquer les efforts des entreprises visant à diminuer les amendes pour les infractions au code de sécurité. Mais en période de récession économique, lorsque beaucoup de syndicats sont préoccupés par la menace des congédiements massifs et des fermetures d'usines, les problèmes de santé et sécurité au travail doivent souvent passer au deuxième rang. Dans ce contexte, il est tout à fait possible pour les compagnies de centrer leurs efforts de prévention sur la vulnérabilité aux crises cardiaques de quelques-uns de leurs cadres supérieurs, de pointer du doigt les habitudes de vie quotidienne pathogènes et de mettre la responsabilité des problèmes de santé sur le dos des travailleurs et des consommateurs.

Cependant, bien autre chose que la croissance du « salaire social » et une réglementation plus stricte au niveau de la sécurité et de la pollution menace les profits des entreprises. La principale préoccupation des entreprises américaines au cours des années 70 concerne la productivité qui, selon elles, se détériore en raison de l'absentéisme. Pour motiver leurs absences au travail, les ouvriers américains invoquent la maladie et les blessures deux fois plus souvent que des motifs personnels ou civiques. De 1973 à 1976, on estime que la maladie ou l'infirmité temporaire sont à l'origine d'environ trois-quarts des heures de travail perdues dans le secteur manufacturier. Il est probable que les sta-

tistiques sur l'absentéisme ne reflètent pas de façon précise la réalité sociale et médicale. Un employé peut, à l'occasion, manquer une journée de travail simplement parce qu'il trouve son emploi ennuyeux. Il reste que de plus en plus de dirigeants d'entreprises partagent l'analyse du président de la compagnie d'Assurance Croix-Bleue elle-même à l'origine d'un programme de santé pour les employés de Kimberly-Clark défrayé entièrement par la compagnie. « La médecine préventive offre des dividendes potentiels énormes tant sur le plan de la santé et du bien-être qu'au niveau d'une réduction des dépenses médicales et d'une amélioration des taux de productivité. » (« Kimberly-Clark », *Paper Trade Journal*, 1977). De toute évidence, cette idée trouve des échos favorables dans les publications du secteur des affaires. Des travailleurs en santé sont des travailleurs plus heureux et plus efficaces. Des programmes de prévention peuvent réduire le taux de roulement du personnel, le nombre et la durée des congés de maladie, les prestations d'invalidité ; de surcroît, ils peuvent contribuer à accroître la productivité et limiter la tentation de la syndicalisation. (Fields, 1978, Wright, 1978 et Pritchett, 1977).

L'industrie des assurances, on peut s'en douter, accueille favorablement ces initiatives, qui deviennent encore plus attirantes en contexte de récession économique. « Avant la période de compression budgétaire actuelle, les assureurs de santé n'avaient pour soucis que la concurrence et le réglementation gouvernementale », lit-on dans une brochure d'une compagnie d'assurance. Mais maintenant, « face à des restrictions budgétaires et à une crise de confiance sans précédent, les producteurs de soins de santé ne sont plus considérés comme infaillibles, le médecin n'est plus un dieu et nous, les assureurs, sommes sur la sellette ». (Melcher,

1981). Les efforts consacrés à la réduction des dépenses ont visé la mauvaise cible, à savoir « le côté de l'offre de l'équation économique dans le domaine de la santé ». La solution consiste à viser le contrôle de la demande, au moment même où celle-ci a tendance à croître chez une population plus nombreuse et vieillissante. Les compagnies d'assurance se rendent compte que l'augmentation des coûts n'aurait pas pour effet de réduire la demande car « celle-ci découle d'une peur de la mort » (Maher, 1981). La prévention constitue donc une façon logique de mettre fin à l'augmentation en flèche des coûts : « Le prochain pas doit être réalisé par nous et non par le gouvernement. Nous devons trouver un moyen de rendre attirante, de mettre en marche, de vendre la santé... et d'en faire des profits ». (Melcher, 1981). Et comme le disent les plus grandes compagnies depuis des années, la santé est l'affaire de chacune puisque c'est « vous, l'individu, qui êtes en mesure d'influencer les facteurs de risque les plus importants pour votre santé ».

Les stratégies préventives vont sans doute varier d'une compagnie à l'autre selon l'état de l'économie, les caractéristiques des employés et les méthodes retenues pour calculer les risques et bénéfices. Mais, si l'on se base sur le type de programmes mis à l'essai actuellement, on peut prévoir qu'ils s'inspireront tous de la version individualiste de la prévention. La confirmation la plus convaincante de cette prévision provient sans doute des travaux de la Conférence Nationale sur la Promotion des programmes de santé en milieu de travail parrainée par le Ministère de la Santé et du Bien-être en 1979. Des représentants du secteur industriel, des compagnies d'assurances, des grands syndicats et de la communauté scientifique se sont réunis dans le but de discuter des meilleures façons de promouvoir des

124 programmes de santé en milieu de travail. Tous les « facteurs susceptibles de réduire les risques » (selon la terminologie du rapport) furent perçus en termes de gestes que les individus pourraient modifier. L'un des meilleurs exemples fut la discussion à propos de la « gestion du stress » — facteur identifié comme le meilleur indice des pathologies plus générales découlant de l'environnement en milieu de travail. Tout en reconnaissant que « des recherches ont indiqué un rapport entre le stress et la maladie... il faut admettre, poursuit le rapport,

que c'est un ensemble de facteurs présents tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu de travail qui se renforcent et qui contribuent à la maladie... Certaines caractéristiques d'un employé au niveau de sa personnalité, son comportement et ses capacités cognitives s'ajoutent aux caractéristiques de l'environnement pour produire une situation pathogène... Un programme de réduction de stress en milieu de travail pourrait encourager la population à *modifier ses habitudes quotidiennes* afin d'améliorer sa santé et en même temps aurait comme effet de réduire les absences au travail, d'augmenter la productivité et de réduire les dépenses en matière de santé et d'assurances (McGill, 1979 ; nous soulignons).

Les réponses concrètes que l'on suggère aux individus dans le but de les aider à modifier leur style de vie consistent à offrir des cours d'affirmation personnelle et des techniques de relaxation. Des modifications au niveau de l'environnement en milieu de travail ne figurent nulle part au programme. Cette orientation fut confirmée récemment

lorsque la cour a rejeté une poursuite entamée par la CSST contre une entreprise de produits chimiques. Celle-ci interdisait aux femmes susceptibles d'avoir des enfants de travailler au département du plomb, car des périodes d'exposition prolongées pourraient constituer un danger pour le fœtus ou affecter leurs capacités reproductives. Le délégué syndical responsable de la santé et sécurité a résumé l'attitude de la direction de l'entreprise de la manière suivante : « changer les travailleurs plutôt que le milieu de travail ». (Shabecoff, 1980).



La pratique médicale et les normes de responsabilité sociale

Il existe un débat vigoureux au sein de la profession médicale en ce qui concerne le sens et les limites de la *médecine* préventive. En général, on parle de trois types de prévention : la prévention tertiaire : (les efforts déployés contre la contagion, et pour l'amélioration ou la guérison des maladies cliniques) ; la prévention secondaire : (la détection et le diagnostic précoce des maladies, le plus souvent par l'entremise des programmes de dépistage) et la prévention primaire : (l'élimination des causes sous-jacentes des maladies à travers des programmes d'immunisation, de contrôle de l'environnement ou de modification des comportements individuels) (White, 1975). La plupart des médecins seraient d'ac-

cord pour affirmer que jusqu'à maintenant, c'est la prévention tertiaire qui constitue l'essentiel de leurs activités propres. La question à l'ordre du jour porte cette fois sur les formes de pratique médicale appropriées à la prévention primaire. Les résultats que l'on peut escompter d'un programme de modification des comportements sont minimes, estime Léon Eisenberg, en comparaison des « résultats d'une action vigoureuse de la part des gouvernements tant au niveau des états qu'au niveau national sur des dossiers tels que la pollution de l'environnement, la qualité de l'eau et des produits alimentaires, la santé et la sécurité au travail. Ce ne sont pas les connaissances scientifiques qui constituent un obstacle dans ce domaine mais bien les difficultés politiques et économiques qu'entraîneraient de telles actions » (Eisenberg, 1977). En revanche, un éditorial de la revue *Preventive Medicine* affirme :

Dans le passé, il fut possible de prévenir les causes principales de mortalité et de morbidité par des mesures gouvernementales relativement simples en introduisant des règlements d'hygiène de l'eau, de la nourriture et du logement. Mais aujourd'hui, les causes à l'origine des cinq maladies les plus importantes, sont de nature différente.

La plupart des conditions en question relèvent des comportements individuels... La médecine préventive doit faire face aux nouvelles données de la situation et chercher, dorénavant, à modifier les comportements individuels de ceux qui courent les plus grands risques plutôt que d'essayer de changer le comportement de l'ensemble de la société (Holland, 1975).

À première vue donc, on a l'impression que la profession médicale est affligée des mêmes divisions que la population dans son ensemble. En pratique cependant, les médecins ont tendance à consacrer leurs efforts exclusivement au traitement des maladies, au détriment de la prévention quelle qu'en soit la forme. Le rapport thérapeutique, souligne Charles Rosenberg, ne peut être compris qu'à l'intérieur du champ social plus

vaste que constitue la pratique médicale. Les instruments thérapeutiques du médecin influencent sa perception de la maladie et de la santé. La chirurgie moderne, les merveilles pharmaceutiques et technologiques renforcent une interprétation biomédicale classique de la maladie qui met en relief l'identification d'agents pathogènes spécifiques. Dans cette perspective, il revient à la recherche médicale, à condition qu'elle soit financée convenablement, de fournir les réponses aux problèmes non encore résolus. Eisenberg (1977) estime que c'est le paradigme du vaccin qui constitue le cadre référentiel dominant de la prévention chez les médecins.

De toute évidence, les médecins auront tendance à évaluer diverses mesures préventives selon les exigences du rapport médecin/patient. « Nous ne connaissons pas le processus de développement de la plupart des maladies chroniques » admet un médecin, « mais nos patients pensent que nous le connaissons et plusieurs d'entre nous aiment croire que nous le connaissons aussi. Tout le monde, y compris les médecins, réclame une explication de la maladie. Alors nous en fournissons une » (Spencer, 1978). Les patients exigent des gestes concrets de leur médecin alors que la prévention, la plupart du temps, ne nécessite pas une intervention thérapeutique du médecin. L'exigence qu'impose le patient d'obtenir un soulagement à court terme constitue un facteur important de l'attitude des médecins vis-à-vis de la prévention, d'autant plus que des mesures préventives pourraient priver ces derniers d'une partie de la satisfaction qu'ils trouvent dans leur pratique. Un médecin affirme candidement : « La satisfaction du médecin provient de la guérison de son patient et il est difficile de le guérir s'il ne présente pas de symptômes de maladie » (Smith, 1976). La profession médicale aurait

tendance à conseiller aux patients de changer leurs comportements seulement si cette stratégie pouvait laisser intactes les relations émotionnelles et personnelles que chaque partie exige de la pratique médicale.

Pour être accueillies favorablement par les médecins, les stratégies de prévention primaire doivent pouvoir s'harmoniser avec la conception scientifique dominante de la pratique médicale. Confirment-elles ses pronostics et ses conceptions étiologiques ? Lorsque la médecine préventive fut invoquée pour justifier la mise sur pied des Organisations sanitaires de base (O.S.B. : Health Maintenance Organizations), l'Association des médecins américains (AMA) a contesté cette initiative sur le plan économique : « La conservation de la santé — à travers des examens réguliers et les soins préventifs — aurait sans doute l'effet de détecter certaines maladies qui autrement n'auraient pas été dépistées », admet John R. Kernodel, porte-parole de l'AMA, devant les audiences du sous-comité du Sénat sur le Travail et le Bien-être en novembre 1971, « mais, ajoute-t-il, les procédures de détection en elles-mêmes peuvent représenter des dépenses sans commune mesure avec les bénéfices ainsi obtenus. Il est très difficile en ce moment d'évaluer avec précision le rapport coûts/bénéfices » (Browan, 1976). D'autant plus, poursuit Kernodel, que la prévention n'est pas comme la médecine ; elle est très hasardeuse :

Les O.S.B. peuvent-elles découvrir une réponse magique aux problèmes qui nous ont tous confondus ? Une formule magique qui va faire en sorte que la population va conduire plus prudemment, faire davantage d'exercices physiques, manger plus raisonnablement, fumer moins et réduire le niveau de stress dans sa vie. Les O.S.B. peuvent-elles découvrir une formule qui reste inconnue jusqu'à ce jour des Services de santé publique dans leurs tentatives de réduire le taux d'incidence de la maladie conta-

gieuse la plus important aujourd'hui, à savoir, la gonorrhée ?

Il est vrai, admettent les reponsables de l'A.M.A., que la profession médicale n'a pas réussi à résoudre ces problèmes, mais qui a fait mieux ? L'A.M.A. s'est montrée hostile aux O.S.B. principalement parce qu'elles menaçaient les modes traditionnels de la pratique médicale mais le commentaire de Kernodel reflète l'opinion de plusieurs médecins qui considèrent que la modification du comportement des individus représente un objectif irréaliste et peu scientifique.

La prévention représente cependant un objectif pour certains milieux que la profession médicale ne peut se permettre de négliger. Dans les cas où l'importance de la prévention est reconnue, le discours des médecins demeure imprégné de la même orientation individualiste notée plus haut : il puise sa légitimation auprès des transformations non seulement de la médecine moderne mais aussi de la situation sociale de la profession médicale.

La remise en question de la profession médicale dans les années soixante fut d'une toute autre nature : selon ces critiques, c'était le caractère même des rapports sociaux dans le champ médical ainsi que la définition de sa juridiction qu'il fallait remettre en question. En effet, trop de problèmes sociaux ou individuels étaient perçus et traités comme des problèmes médicaux ce qui avait pour effet de conférer un pouvoir dangereux à la profession (Illich, 1976). Par ailleurs, on constate que les médecins ne sont pas unanimes à souhaiter cette vaste responsabilité sociale ou du moins, pas dans tous les domaines. Le pouvoir de décider du moment précis où il faut débrancher les appareils qui maintiennent un patient en vie ne se vit pas sans problèmes. Les médecins peuvent ressentir un degré de frus-

126

tration élevé devant les problèmes de l'alcoolisme, de la maladie mentale, de l'obésité et de la toxicomanie. Dans ce contexte, l'idéologie de la responsabilité individuelle apparaît séduisante. Un exemple typique de ce raisonnement nous est fourni en conclusion d'un texte sur la philosophie de la médecine préventive : « le thème de l'émission hebdomadaire, *Feeling Good* » — sur les ondes de la télévision nationale — met le fardeau de la responsabilité là où elle devrait reposer : sur les épaules de l'individu plutôt que sur celles du médecin » (Smith, 1976). Cette idée est reprise sans cesse sous diverses formes dans les grandes revues médicales depuis cinq ans (Cimmino, 1978 ; Baker, 1978).

Une conception sociale de l'étiologie des maladies chroniques exigerait des médecins une remise en question des limites de la médecine scientifique traditionnelle et une prise de position politique ou, du moins, une implication plus grande dans les réalités sociales qu'affrontent leurs patients. En revanche, la reconnaissance de l'importance des habitudes quotidiennes de leur clientèle sur leur état de santé ne les entraînent pas forcément dans les eaux troubles de la modification des comportements. Les patients doivent assumer la responsabilité de changer leur vie. Dans les cas où « un patient est conscient des risques inhérents à son mode de vie et désire agir, le médecin

peut assumer un certain rôle de direction afin de guider ses efforts pour améliorer sa santé » (Fowinkle, 1977). Le personnel paramédical peut être ainsi appelé à fournir les services minimaux requis du domaine médical mais il reste que « le médecin demeure nécessaire afin de définir dès le départ les tâches du personnel paramédical. De la même façon, il revient au médecin d'évaluer le contenu de tout programme d'éducation sanitaire » (Carter, 1976).

Face à la popularité croissante d'approches philosophiques en matière de santé (méthodes d'auto-santé et autres mesures préventives), la profession cherche à affirmer sa compétence sur ces nouveaux territoires. Elle est loin d'y être une pionnière et cherche plutôt à raffiner et à adapter les pratiques de la médecine curative. Elle ne peut tolérer l'existence d'une pratique en matière de santé qui s'autonomiserait du pouvoir médical. C'est ainsi que, tout en refusant de développer de nouvelles techniques, elle cherche à placer sous la rubrique de médecine préventive les innovations individualistes qui reçoivent un accueil favorable du public.



La légitimité et la politique

Tant sous l'administration Carter que sous celle de Reagan, la prévention a constitué un élément central de la politique des soins de santé du gouvernement fédéral.

Dès le début des années 80, le ministre responsable de la santé et des services sociaux, Richard S. Schweiker, a affirmé sans ambiguïté la primauté de l'orientation individualiste en matière de prévention : « L'ensemble des services offerts dans le cadre de notre politique des soins de santé misera sur les effets bénéfiques du libre choix des consommateurs dans ce domaine et sur la responsabilité des patients » (Fisher, 1981).

De toute évidence, l'une des motivations principales de l'État à soutenir l'orientation individualiste en matière de prévention origine de sa position de bailleur de fonds. Jusqu'à la deuxième guerre mondiale, l'État ne s'est pas impliqué directement dans le financement des soins de santé. Toutefois depuis lors, son rôle est devenu de plus en plus important : d'abord à travers le programme Hill-Burton qui prévoyait des fonds du gouvernement fédéral pour la construction des hôpitaux ; puis, par la mise sur pied des Instituts nationaux de la Santé pour lesquels le Congrès finançait les activités de recherche bio-médicale, et, enfin, avec l'introduction de programmes publics d'assurance-santé au cours des années soixante. En 1980, les États-Unis ont dépensé environ 247 \$ milliards pour les soins de santé, ce qui représente 9,4 pour cent du Produit national brut. Cette situation fut perçue comme une cause importante d'inflation. De ce montant, 42,2 pour cent proviennent de fonds publics (Gibson et Waldo, 1981). Étant donné sa responsabilité pour l'assistance médicale aux bénéficiaires des programmes publics (principalement les personnes âgées et les pauvres), l'État se retrouve maintenant directement impliqué dans le paiement des actes médicaux. Qui plus est, en tant qu'employeur, il a la responsabilité d'une grande partie des primes d'assurance-santé pour ses quelque dix millions d'employés,

ses pensionnés et leurs familles (Iglehart, 1981). L'augmentation des dépenses médicales pose donc une série de problèmes à l'État et la présente administration a choisi de miser sur la concurrence et la prévention pour y faire face.

Il faut être conscient cependant que les restrictions de services et les appels à la modération individuelle rencontrent une opposition politique croissante. Les soins de santé représentent un domaine chargé d'une grande valeur symbolique. Les réformes réalisées au cours des années soixante ont fait croître les attentes de la population tout en suscitant le sentiment d'un droit à des soins médicaux adéquats. La légitimité du « *welfare state* » est donc étroitement liée à la situation dans le domaine de la santé et l'idée que la santé exige de nouveaux et de meilleurs services reste très tenace. Dans ce contexte, le choix de l'État devant une orientation individualiste ou sociale est peut-être secondaire par rapport au choix entre le *statu quo* caractérisé par une médecine curative basée sur une « technologie lourde » ou la prévention, indépendamment de sa forme. En 1978, le président Carter a résumé la situation qui prévaut au niveau des priorités dans ce domaine lorsqu'il a observé que « la prévention est à la fois moins chère et plus facile que la guérison », mais, a-t-il poursuivi :

nous avons mis l'accent sur cette dernière et avons négligé de manière croissante le premier aspect. Au cours des dernières années, quarante cents de chaque dollar dépensé en matière de santé ont été consacrés aux coûts hospitaliers. Nous sommes au point où l'hôpital constitue notre première ligne de défense contre la maladie plutôt que la dernière. En revanche, nous ne dépensons que trois cents pour la prévention et le contrôle des maladies, moins que la moitié d'un cent pour des programmes d'éducation sanitaire et un quart d'un cent pour la recherche écologique (Venkateson, 1978).

L'administration Carter a cherché à développer à la fois les mesures sociales et individuelles en matière de prévention. Plusieurs agences gouvernementales, sous le feu des critiques des écologistes, ont commencé à exercer des contrôles plus sévères de la qualité de l'eau, de l'air et des produits alimentaires. Alors que les milieux patronaux cherchaient à circonscrire le débat sur la santé aux problèmes cardiaques, l'État a mis l'accent sur les pertes économiques et la souffrance occasionnées par le cancer. Si les sanctions imposées par la CSST aux industries ne peuvent guère être considérées comme sévères, ce ne fut pas le cas, en revanche, des mesures entreprises par l'A.P.E. La Compagnie U.S. Steel, par exemple, dont les usines situées dans les régions industrielles sont parmi les plus graves sources de pollution, a finalement accepté un programme de redressement (Shabecoff, 1979). Le gouvernement est allé jusqu'à reconnaître sa propre responsabilité dans certains cas de violation des règlements de santé et sécurité, notamment en ce qui concerne l'amiantose où il a admis que les médecins du Service de santé publique ne s'étaient pas conformés aux règlements les obligeant à avertir les travailleurs des conditions dangereuses dans lesquelles ils travaillaient. De la même façon, il a reconnu le droit à un milieu de travail sain pour les travailleurs soumis à la juridiction des lois fédérales (notamment ceux qui travaillent dans des entreprises ayant obtenu des contrats gouvernementaux). De l'avis d'un officier de l'une des plus grandes entreprises pétrochimiques, cette mesure pourrait encourager des poursuites contre les compagnies et finir par créer des « ennuis sérieux » aux compagnies quant à leurs pratiques en matière de santé et sécurité (Burnham, 1977).

En même temps, les agences de la bureaucratie sanitaire lançaient une campagne vigoureuse contre les habitudes de vie destructrices. L'Office de promotion de la santé a concentré ses efforts sur la lutte contre le tabagisme. En 1979, le tabagisme fut mentionné dans les publications du Ministère de la Santé et Bien-être comme un des facteurs principaux dans toutes les causes importantes de la mortalité aux USA. Dans la préface au rapport annuel du Chirurgien général des États-Unis, l'ex-ministre de la santé, Joseph Califano, dresse un réquisitoire contre les comportements complaisants envers l'état de santé de la population :

L'ensemble des résultats de la recherche scientifique confirme que le facteur qui va déterminer si une personne sera en santé ou si elle sera malade, si elle jouira de ses vieux jours ou si elle mourra prématurément, réside dans quelques habitudes de vie quotidiennes : nous pensons à celles qui concernent la cigarette et la boisson, le régime alimentaire, le sommeil, l'exercice physique, le respect des limites de vitesse sur la route et des règlements au sujet des ceintures de sécurité et quelques autres habitudes de ce genre (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979).

Dès le début de son mandat, le président Reagan fut confronté à des déficits budgétaires croissants, à une crise fiscale sans précédent et à une opposition féroce des milieux patronaux contre la réglementation gouvernementale. Dans le domaine de la prévention, le discours sur les habitudes de vie a reçu une impulsion nouvelle sous l'idéologie « républicaine » qui met l'accent sur le volontarisme, la décentralisation et l'éducation comme moyens qui permettent aux individus d'améliorer leur situation (Allegrante et Green, 1981). L'État continue sa campagne contre le cancer mais utilise cette fois des moyens différents sous l'impulsion d'une nouvelle version de son étiologie. « La population est en train de devenir de plus en plus consciente du rapport qui existe entre le cancer et son mode de vie », pro-

128 clame le ministre de la santé, Schweiker. « Avec notre aide, elle deviendra plus sensible à la nécessité de la prévention » (« Cancer prevention cited, » *The Blue Sheet*, 1982). Il a vivement félicité l'Institut national de cancer pour son nouveau programme « qui met l'accent sur les façons d'intervenir aux stades ultérieurs du développement du cancer (avec l'usage d'une vitamine A synthétique) plutôt que de se limiter exclusivement aux substances qui sont à l'origine du processus de développement ». Les programmes sociaux de prévention, en revanche, ont été l'objet de restrictions très sévères. Le programme contre les déchets toxiques pour l'année 1982 a vu son budget passer de 141,4 \$ millions à 107,2 \$ millions ; le budget prévu pour la recherche contre la pollution de l'air en 1983 serait réduit de 42 % en termes réels ; les Centres de contrôle des maladies pour leur part sont obligés de se départir de leur personnel le plus qualifié. Et il ne s'agit ici que de quelques-unes des coupures budgétaires effectuées (Supplément : *The Nation's Health*, 1982).

Pourtant, il n'y a rien d'inéluctable dans ce déplacement des priorités vers la prévention individuelle (et vers la concurrence plutôt que la réglementation gouvernementale) comme moyen de contrôler les dépenses. Il existe une coalition de groupes qui tout en défendant leurs intérêts propres s'accordent pour

préconiser ces stratégies. Au sein de cette coalition il existe bien sûr des tensions quant au contenu et à l'orientation prêtés à la stratégie de prévention et de concurrence. Au cours des années soixante-dix, la promotion des campagnes anti-tabagistes entreprises par le Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être, a amené le ministre Califano à remettre en question la politique de dégrèvements fiscaux accordés à l'industrie du tabac. Cependant, au fur et à mesure que la cote de popularité du président Carter diminuait, ses gestes rassurants envers cette industrie se sont multipliés. Cette querelle a fini par provoquer la démission du ministre. De la même façon, l'accueil glacial qu'a réservé l'A.M.A. à la promesse de Schweiker de classer la médecine préventive « priorité numéro un de la nation en matière de santé » témoigne de ces tensions (Reinhold, 1981). Les propositions du gouvernement visant à réduire la couverture ou à modifier les dispositions du programme d'assurance-santé des fonctionnaires fédéraux sont à l'origine d'une lutte très vive entre le bureau de gestion du personnel qui administre le programme, les compagnies d'assurance impliquées et plusieurs syndicats de fonctionnaires fédéraux.

En dépit du fait que les clubs de santé et d'exercice physique connaissent une période de prospérité sans précédent, l'orientation individualiste n'a pas pour autant réussi à faire oublier toute préoccupation sociale en ce domaine. Un sondage Harris effectué au début de 1982 révèle que la population s'oppose à plusieurs restrictions budgétaires en matière de prévention sociale. « La population est sérieusement préoccupée par les dangers d'accidents impliquant les déchets toxiques et la présence de produits cancérigènes dans l'eau destinée à la consommation domestique. 94 pour cent des répondants

ont indiqué qu'ils préfèrent maintenir ou renforcer les dispositions actuelles de la loi sur la pollution de l'eau » (Reagan Health Policy, *The Blue Sheet*, 1982). D'ailleurs, dans le cadre de négociations collectives de travail, des militants syndicaux du nord-est des États-Unis sont en train de lancer un mouvement national de résistance aux concessions qui affecteraient les salaires, les bénéfices marginaux, les règlements disciplinaires et les problèmes de santé et de sécurité au travail.

La lutte autour de la prévention comporte des enjeux importants non seulement pour le capital, le travail, le mouvement écologique, les compagnies d'assurance et la profession médicale, mais aussi pour plusieurs agents gouvernementaux dont l'A.P.E., le Conseil du Trésor, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Par exemple, le député du Congrès responsable du sous-comité de la santé, Waxman, a présenté un projet de loi qui prévoyait notamment l'obligation pour les Instituts nationaux de santé de nommer un vice-président chargé de la prévention. Cette mesure a rencontré l'opposition du ministère de la Santé qui précisait que « l'I.N.S. et ses instituts affiliés ont déjà entrepris, ou sont en train d'entreprendre les mesures proposées par le sous-comité » (« HHS Opposes », *The Blue Sheet*, 1982). L'une des mesures récemment adoptées à l'I.N.S. cependant, fut la révision de la définition de la recherche en matière préventive de façon à permettre que le pourcentage de ses activités qui pourraient être considérées comme liées à la prévention passe de 16,9 à 70 pour cent. Le président du sous-comité s'interroge sur ce geste en soulignant que :

le personnel impliqué dans les efforts de santé publique... a l'impression que les experts en matière de prévention ne sont pas consultés sur les façons de mettre en pratique les politiques de prévention à l'I.N.S. et que la révision des définitions de

la prévention n'est entreprise que dans le but de rendre le plus d'activités possible éligibles aux subventions sans aucune considération à l'égard de ce qui pourrait constituer une politique de prévention cohérente.

Ce genre de conflit engendre des contradictions au niveau de la politique nationale : le Ministère poursuit une politique vigoureuse d'éducation sanitaire alors que la loi de l'assurance-santé ne prévoit pas le remboursement de services préventifs. Des conflits internes sont aggravés parce que plusieurs activités liées à la protection de la santé ne font pas partie de la juridiction du ministère. Par exemple, le mouvement ouvrier organisé et le mouvement écologique sont à l'origine de plusieurs victoires importantes obtenues au cours des vingt dernières années : la création de l'agence de Protection de l'environnement, la Commission de santé et sécurité au travail, la loi régissant l'usage des substances toxiques, pour n'en nommer que quelques-unes. Cependant, ces organisations ne relèvent pas de la juridiction du ministère de la Santé et des Services Sociaux. Par conséquent, la plupart du temps, elles ne sont pas consultées sur la politique nationale de santé. Quant à la réglementation relevant de la juridiction du Ministère du Travail, elle est particulièrement menacée par un gouvernement conservateur décidé à alléger les contraintes sur la productivité de l'industrie. L'État, comme l'ont souligné à maintes reprises les néo-marxistes, ne peut être assimilé à un appareil monolithique dirigé par un groupe restreint de gestionnaires conscients de leurs intérêts communs. Les différents courants d'opinion qui découlent de l'antagonisme fondamental entre le capital et le travail, se reflètent dans les positions des différentes agences de l'État. La sympathie ou l'hostilité relatives envers divers groupes de la société s'expriment par l'ouverture que telle ou telle agence manifeste à leur

endroit : la CSST envers le mouvement syndical, l'Agence de surveillance des produits chimiques envers la communauté scientifique, etc.



Conclusion

La prévention est invoquée pour résoudre une multitude de problèmes dont le contenu et la stratégie sous-jacents font l'objet de luttes intenses. Ces dernières découlent de visions différentes des problèmes à résoudre et des moyens préconisés. Pour le capital et l'État, les problèmes principaux concernent les dépenses, la productivité et leur crédibilité en tant que gestionnaires de la société. La profession médicale pour sa part, se voit confrontée à l'hostilité du public, à de nouveaux intérêts corporatistes dont les pouvoirs menacent sa position traditionnelle et à un État de plus en plus déterminé à contrôler la pratique médicale. La population, quant à elle, se trouve confrontée à la détérioration des services médicaux, à une économie en déclin et à l'impression de ne plus avoir de prise sur les événements de la vie quotidienne. Parfois on assiste au ralliement de quelques groupes autour d'une cause commune dans le but de s'attaquer aux problèmes qui les hantent : la prévention se présente alors comme la panacée universelle.

Cependant, il n'existe pas de consensus au sujet des program-

mes spécifiques pouvant constituer une véritable stratégie de prévention. Deux théories étiologiques dicte des moyens d'action très différents : l'une met l'accent sur les habitudes quotidiennes pathogènes ; l'autre met en relief l'importance des facteurs sociaux. Même les partisans de l'une ou l'autre des orientations n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'ensemble des conséquences pratiques de leurs conceptions théoriques. Une partie sans doute de la confusion à laquelle elle donne lieu provient de l'état des connaissances médicales dans ce domaine. Il n'existe pas, en ce moment, une accumulation d'expériences empiriques suffisante pour permettre de prévoir l'efficacité des différentes techniques de modification des comportements. Les débats s'éternisent et s'enlisent sur le rôle relatif que jouent la cigarette et la pollution de l'air dans l'étiologie du cancer pour reprendre de plus belle lorsqu'il s'agit de déterminer les stratégies qui peuvent vraiment convaincre la population de fumer moins, de boire moins et de s'angoisser moins. Les études portant sur la modification du comportement ne peuvent produire de résultats convaincants que lorsqu'elles sont l'objet de nouvelles vérifications à long terme. De plus, les critiques spécifient qu'il n'existe aucune formule magique permettant de calculer les coûts et bénéfices de ces techniques.

Il est clair, en revanche, que les responsables d'une politique préventive puisent de façon sélective parmi les résultats de recherche disponibles à ce jour afin de justifier les décisions stratégiques qui détermineront leur programme de prévention. Au fond, des informations scientifiques non-équivoques sur l'étiologie des maladies chroniques ne modifieraient probablement pas de façon fondamentale les caractéristiques du débat actuel sur la prévention. Les entreprises vont continuer à accorder priorité aux

130 efforts de prévention concernant les maladies cardio-vasculaires en espérant ainsi protéger leur personnel de direction et diminuer le coût social de la maladie. L'État va continuer à réduire les services qu'il estime exorbitants tout en invitant la population à vivre de façon plus saine. Certains secteurs du mouvement ouvrier vont continuer à lutter pour de meilleures garanties au niveau de la santé et de la sécurité au travail. Les habitudes pathogènes des individus vont continuer, selon toute vraisemblance, d'être la cible principale des efforts de prévention au plan de la politique nationale. Les commentaires de Renaud au sujet de la logique inexorable du capitalisme et de l'indifférence inévitable de l'État face aux déterminations sociales de la maladie ont quelque chose de trop absolu. L'efficacité relative des arguments « scientifiques » dépendra de la façon dont ils seront communiqués par la profession médicale et de leur insertion dans l'imagerie populaire de la maladie et de la médecine. L'orientation individualiste envers la prévention est perçue par le peuple américain comme relevant de l'ordre de bon sens au moment où se propage une hostilité profonde envers l'intervention étatique doublée d'un culte de l'autonomie individuelle. Cependant, avec la détérioration croissante du niveau de vie, il est probable que l'on soit de moins en moins porté à croire que la santé, comme toute autre chose,

n'est qu'une question de volonté individuelle.

Rosemary C.R. Taylor
Tufts University
Boston

L'auteure est professeur de sociologie, directrice du programme de santé communautaire à Tufts University et membre du groupe éditorial à Boston de la *Socialist Review*.

Cet article a paru en anglais dans la revue *Social Policy*, (New York), été 1982. Une version préliminaire de ce texte fut présentée à la Réunion annuelle de la Société pour l'analyse des problèmes sociaux à New York en 1980. Mes remerciements à Susan Bell, Peter Dreier, Susan Eckstein, Stuart Gardner, Marian Hannan, Joel Krieger, Sara Mattes et les membres du Groupe d'étude sur la santé à Boston pour leurs commentaires et suggestions à ce moment-là. (traduit de l'américain par Lorne Huston)

Références bibliographiques

- Allegrante, J.P., and Green, L.W., « Sounding Board — When Health Policy Becomes Victim Blaming ». *New England Journal of Medicine* 305 (December, 1981), p. 1528-1529.
- Baker, H., « Let's Try More Prevention », correspondence. *Canadian Medical Association Journal* 118 (May, 1978), p. 1034-1036.
- Bartz, Dan., « Received Business Deduction for Personal Medical Expenses ». *Supermarketing* 32 (April, 1977). p. 46.
- Black, D., « The Aims of a Health Service ». *Lancet* 1 (April 24, 1982), p. 952-954.
- Borson, Warren, « The Myth of the Unhealthy Executive ». *Across the Board* 15 (February, 1978), p. 10-16.
- Brown, Lawrence D., « The Story of HMO ». Case prepared for Executive Programs in Health Policy and Management, Harvard School of Public Health (1976).
- Burnham, David, « Asbestos Workers' Illness — and Their Suit — May Change Health Standards ». *The New York Times* (December 20, 1977), p. 30.
- Burns, John E., « Spiraling Hospital Costs and the 41st Annual IMS Clinic », editorial. *Industrial Management* 19 (May/June, 1977), editorial page.
- « Cancer Prevention Cited as Alternative to Environmental Emphasis ». *The Blue Sheet*, vol. 25, n° 2 (June 2, 1982), p. 8-9.
- Carter, Earl T., « Preventive Medicine », correspondence. *Minnesota Medicine* 59 (June 1976), p. 399-401.
- Cimmino, Christian V., « Preventive Medicine : Applause and Argument », correspondence. *Virginia Medical* 105 (August, 1978), p. 549.
- Crawford, Robert, « Individual Responsibility and Health Politics in the 1970s » in Susan Reverby and David Rosner (eds.), *Health Care in America* (Philadelphia : Temple University Press, 1979), p. 247-268.

- Eisenberg, Leon, « The Perils of Prevention : A Cautionary Note », editorial. *New England Journal of Medicine* 297 (December, 1977), p. 1230-1232.
- Epstein, S., and Swartz, Joel B., « Fallacies of Lifestyle Cancer Theories ». *Nature* 289 (January 15, 1981), p. 126-130.
- Eyer, Joseph, and Sterling, Peter, « Stress-Related Mortality and Social Organization ». *The Review of Radical Political Economics* 9 (Spring, 1977), p. 1-44.
- Fields, Gregg, « Occupational Health Becomes a Specialty for More Physicians : Workers, Government Insist on Preventive Medicine ; Companies Expect Savings ». *Wall Street Journal* (October 24, 1978), p. 18.
- Fisher, M.J., « Competition, Prevention Keys to Reagan Health Strategy ». *National Underwriter* 85 (June 26, 1981), p. 43.
- Fowinkle, Eugene W., « New Directions in Preventive Medicine ». *Journal of the Tennessee Medical Association* 70 (December, 1977) p. 894-896.
- Freeland, M.S. and Schendler, C.E. « National Health Expenditures : Short-Term Outlook and Long-Term Projections ». *Health Care Financing Review* 2 (Winter, 1981), p. 97-126.
- Gibson, R.M., and Waldo, D.R., « National Health Expenditures, 1980 ». *Health Care Financing Review* 2 (September, 1981), p. 1-54.
- Gifford, James F., and William G. Anlyan, « Sounding Board — The Role of the Private Sector in an Economy of Limited Health-Care Resources ». *New England Journal of Medicine* 300 (April, 1979), p. 790-793.
- Hedges, Janice Neipert, « Absence from Work — Measuring the Hours Lost ». *U.S. Bureau of Labour Statistics, Monthly Labor Review* 100 (October, 1977), p. 16-23.
- « HHS Opposes Mandatory NIH Prevention Plan ; Definition Shift Questioned ». *The Blue Sheet* (April 28, 1982), p. 5.
- Holland, Walter W., « Prevention : The Only Cure », editorial. *Preventive Medicine* 4 (1975), p. 387-389.
- Holtzman, Neil A., « Prevention : Rhetoric and Reality ». *International Journal of Health Services* 9 (1979), p. 25-39.
- Iglehart, J.K., « Health Policy Report : The Administration Responds to the Cost Spiral ». *New England Journal of Medicine* 305 (November, 1981), p. 1359-1364.
- Illich, Ivan, *Medical Nemesis : The Expropriation of Health* (New York : Random House, 1976).
- « Kimberly-Clark is Spending Millions to Insure Employee's Health, Well-Being ». *Paper Trade Journal* 161 (December, 1977), p. 40.
- Kramer, Bernard M., « Behavioral Change and Public Attitudes towards Public Health », editorial. *American Journal of Public Health* 67 (October, 1977), p. 911-913.
- Lowery, Donald, « In Andover, an Ex-coach Fits Right In ». *The Boston Globe* (August 15, 1980), p. 56.
- Maher, T.M., « HIAA Urges Disease Prevention Programs ». *National Underwriter* 85 (August 22, 1981), p. 1,25.
- McGill, Alice M., (ed.). Proceedings of the National Conference on Health Promotion Programs in Occupational Settings. (Washington, D.C. : U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979).
- Melcher, G.W., Jr., « A New Challenge for Health Insurers ». *National Underwriter* 85 (May 2, 1981), p. 11, 14, 16, 17.
- Noble, David, « Cost-Benefit Analysis ». *Health/Pac Bulletin*, vol. 11, n° 6 (July/August, 1980), p. 1-2, 7-12, 27-40.
- Pamphlets in *Design for Life* series. Blue Cross, Blue Shield, Connecticut.
- « Physician, Heal Thyself... Or Else ! » *Forbes* (October 1, 1977), p. 40-46.
- « Pigment Plant Wins Fertility-Risk Case : Government's Challenge Rejected on Policy Excluding Women from a Hazardous Area ». *The New York Times* (September 8, 1980), p.A14.
- Pritchett, S. Travis, « Can Employee Benefits Also Be Employer Benefits ? » *American Society of Chartered Life Underwriters — CLU Journal* 31 (April, 1977), p. 40-45.
- « Reagan Health Policy Opposed by Most of Public », *The Blue Sheet* (June 9, 1982), p. 13-14.
- Reinhold, Robert, « Medical Leaders Growing Wary over Reagan Health-Care Plans ». *The New York Times* (February 16, 1981), p.A12.
- Renaud, Marc, « On the Structural Constraints to State Intervention in Health ». *International Journal of Health Services*, vol. 5, n° 4 (1975), p. 559-570.
- Rosenberg, Charles F., « The Therapeutic Revolution : Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth-Century America », in Charles F. Rosenberg and Morris J. Vogel (eds.), *The Therapeutic Revolution, Essays in the Social History of American Medicine* (Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1979), p. 3-25.
- Salmon, J. Warren, and Berliner, Howard, S., « Can the Holistic Health Movement Turn Left ? » Paper presented to the Annual Meeting of the American Public Health Association, New York, November 7, 1979.
- Serrin, William, « Labor is Resisting More Concessions ». *The New York Times* (June 13, 1982), p. 29.
- Shabecoff, Philip, « E.P.A. Reported Near an Accord with U.S. Steel ». *The New York Times* (May 22, 1979), p.A1.
- Shabecoff, Philip, « U.S. Appeals Ruling on Women in Hazardous Jobs ». *The New York Times* (September 9, 1980), p.B9.
- Smith, John E., « The Philosophy of Preventive Medicine ». *Minnesota Medicine* 59 (March, 1976), p. 196-199.
- Spencer, F.J., « The Great Preventive Lifestyle Cop-Out », editorial. *Virginia Medical* 105 (April, 1978), p. 327.
- « Supplement : The President's Budget Proposal ». *The Nation's Health* (March, 1982).
- Taylor, R.C.R., « The Transformation of Collective Demands ». Paper presented to the Conference on the Crisis in the Welfare State, Trieste, Italy, June, 1981.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service. *Healthy People : The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* (Washington, D.C. : USGPO, 1979).
- Venkateson, M., « Preventive Health Care and Marketing : Positive Aspects », in Philip D. Cooper, William J. Kehoe, and Patrick E. Murphys (eds.), *Marketing and Preventive Health Care : Interdisciplinary and Interorganizational Perspectives* (Chicago : American Marketing Association, 1978), p. 12-25.
- Whelan, Elizabeth, « The Politics of Cancer », *Policy Review* 10 (Fall, 1979), p. 33-46.
- White, James R., and Steinbach, Gary, « Motivating Executives to Keep Physically Fit ». *Harvard Business Review* 56 (March/April 1978), p. 16, 184, 186.
- White, Kerr L., « Prevention as a National Health Goal », editorial. *Preventive Medicine* 4 (1975), p. 247-251.
- Wildavsky, Aaron, « Doing Better and Feeling Worse : The Political Pathology of Health Policy ». *Daedalus* (Winter, 1977), p. 105-123.
- Williams, C.L., et al. « Chronic Disease Risk Factors Among Children. The Know Your Body Study ». *Journal of Chronic Diseases* 32 (1979), p. 505-513.
- Wright, H. Beric, « Why Keep Fit ? » *Accountant* 16 (March, 1978), p. 350-352.