

L'art et la science de la santé publique

Pierre Fournier

La référence bibliographique de ce document se lit
comme suit:

Fournier P (2003)

L'art et la science de la santé publique

In : Environnement et santé publique - Fondements et
pratiques, pp. 39-57.

Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P,
Dewailly É, rédacteurs.

Edisem / Tec & Doc, Acton Vale / Paris

Note : Ce manuel a été publié en 2003. Les connaissances
ont pu évoluer de façon importante depuis sa publication.

L'art et la science de la santé publique

Pierre Fournier

1. Définir la santé publique

2. Les courants historiques qui ont façonné la santé publique

- 2.1 Hygiène publique, contrôle des maladies transmissibles et environnement
- 2.2 Hygiène individuelle et éducation pour la santé
- 2.3 Médecine sociale et protection des groupes vulnérables
- 2.4 Croissance des systèmes de soins et rôle accru de l'État
- 2.5 Rôle de l'État, intégration de ces courants et transition épidémiologique

3. La santé: définitions, déterminants et mesure

- 3.1 Définitions de la santé
- 3.2 Déterminants de la santé
- 3.3 Indicateurs de santé et sources de données

4. Fonctions et pratiques de santé publique

- 4.1 Intervenir en santé publique
- 4.2 Fonctions centrales de la santé publique

5. Défis de la santé publique

- 5.1 Maladies infectieuses, affections chroniques et habitudes de vie
- 5.2 Quelques groupes particulièrement vulnérables
- 5.3 Services de santé
- 5.4 Défis de la nouvelle santé publique

6. Conclusion

1. DÉFINIR LA SANTÉ PUBLIQUE*

Il n'existe pas de définition simple et univoque de la santé publique. Les énoncés qui suivent reflètent la diversité des perceptions de professionnels œuvrant dans ce champ (IOM, 1988):

- «Quand je pense à la santé publique, je pense intervention précoce, prévention...»
- «La santé publique, c'est la vaccination, la santé dans les écoles, le contrôle des maladies contagieuses...»
- «C'est tout ce qui affecte la santé de la communauté sur une base collective...»
- «La santé publique, c'est tout ce qui est en dehors de la pratique médicale individuelle...»
- «La fonction centrale de la santé publique, c'est la capacité de reconnaître les problèmes, de les mesurer et d'essayer d'intervenir...»

Le terme de santé publique est communément utilisé avec deux sens: celui d'établir une distinction entre des services publics et privés et celui de distinguer le particulier (ou individuel) du général (ou collectif) (Turshen, 1988).

Pour Frenk (1993), le terme de *santé publique* évoque également, dans le langage courant, les notions d'action gouvernementale, de services collectifs (par exemple, l'assainissement), de services personnels destinés à des groupes vulnérables, et la notion de *problème de santé publique* réfère à des maladies fréquentes ou dangereuses. En fait, le terme public ne désigne pas un groupe spécifique de services, une forme de propriété, un type de problème, mais plutôt un niveau spécifique de référence et d'analyse: celui de la population.

Les difficultés rencontrées pour définir la santé publique tiennent à plusieurs raisons:

- la santé est généralement perçue comme un attribut individuel dont les représentations sont bien établies (maladie, souffrance, bien-être, réalisation, etc.);

- la «santé collective» est plus difficile à définir et à mesurer**;

- dans sa dimension collective, la santé est également une construction sociale - à la fois un enjeu social majeur et un axe autour duquel se structurent les sociétés;

- du point de vue des connaissances, la santé publique n'est pas une discipline, mais un champ d'action vers lequel convergent de nombreuses disciplines;

- du point de vue des pratiques, on observe à la fois une variété et des divergences considérables, d'où la difficulté de reconstruire empiriquement le champ.

À défaut d'une définition univoque, on peut plutôt retenir un énoncé de mission qui permet d'intégrer une vision dynamique (celle de l'action), celle d'un champ de connaissances et également d'un domaine de pratiques qui sont en constante évolution et en perpétuelle redéfinition:

«La mission de la santé publique consiste à garantir les intérêts de la société en assurant des conditions dans laquelle les populations sont en santé (IOM, 1988).»

Plus d'un demi-siècle auparavant, Vinslow (1920) avait proposé une définition plus exhaustive et qui demeure d'actualité:

«La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité, par le biais d'efforts collectifs organisés, et visant la salubrité de l'environnement, le contrôle des infections communautaires, l'éducation des individus à l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et la prévention de la maladie et le développement de l'infrastructure sociale qui assurera à chaque individu de la communauté un standard de vie adéquat pour se maintenir en santé.»

* Cette section s'inspire largement d'une partie de l'article de Fournier, P.: «La santé publique: concepts et pratiques». *Ruptures*, 5, 2, 1998, p. 132-139.

** La santé, la maladie, le bien-être et leurs déterminants constituent des notions complexes qui sont à la base de la santé publique; elles seront brièvement présentées à la section 3 de ce chapitre.

La difficulté de définir simplement la santé publique n'est pas sans conséquences: les professionnels sont affectés par le fait que leur rôle n'est pas perçu clairement par le public et la société, et le développement académique du champ est freiné par l'absence d'identification disciplinaire*.

Sans qu'il s'agisse d'une définition à proprement parler, Beauchamp et Steinbock caractérisent de façon synthétique ce en quoi consiste la santé publique:

«Tout en santé publique commence avec la perspective populationnelle et avec l'effort de mesurer et d'améliorer l'état de santé des populations**.»

Nous verrons plus avant dans ce chapitre (section 4) comment cette mission s'organise en grandes fonctions qui, à leur tour, déterminent des pratiques.

2. LES COURANTS HISTORIQUES QUI ONT FAÇONNÉ LA SANTÉ PUBLIQUE***

On situe généralement au XVIII^e siècle et à la période préindustrielle les origines de la santé publique telle que nous la connaissons aujourd'hui. Bien qu'il y ait indéniablement à partir de cette époque des événements marquants qui ont façonné la santé publique, l'origine de ces mouvements est bien antérieure à cette période****. L'esquisse historique qui sera brossée ici est également limitée, dans la mesure où ses sources se cantonnent à la civilisation occidentale et à ses précurseurs (égyptienne, grecque et latine). D'autres civilisations (asiatiques, africaines et

amérindiennes) ont établi des pratiques de santé publique. En fait, la vie en société a toujours imposé l'adoption de certaines règles dont bon nombre ont trait à la santé, certaines pouvant aisément être identifiées à la santé publique.

Dans les paragraphes suivants, les origines, les logiques et les contenus des quatre grands courants qui ont façonné la santé publique «occidentale» actuelle seront présentés: celui de l'hygiène publique, plus connu sous le nom de «sanitary movement», celui de l'hygiène personnelle, celui de la médecine sociale et finalement celui qui se rapporte à l'organisation des services de santé. Tout le monde ne s'accordera pas à considérer que ce sont les seuls courants significatifs, voire même que le dernier d'entre eux relève de la santé publique. Dans certains cas, les limites entre ces courants paraîtront artificielles. Elles ont néanmoins l'avantage de clarifier cette brève présentation historique.

2.1 Hygiène publique, contrôle des maladies transmissibles et environnement

Ce courant est à la fois le plus ancien et également celui auquel la santé publique est la plus fréquemment identifiée; le développement et l'organisation des sociétés ont toujours inclus des dispositions collectives qui rendaient la vie en groupe possible, voire meilleure.

- Dès le Moyen Age, le contrôle des maladies contagieuses (peste, lèpre) a suscité les premières mesures publiques dans le domaine de la santé: quarantaines, protections individuelles, etc. Il faut également noter que le contrôle des épidémies a constitué la pre-

* L'importance et la localisation très variables de la santé publique dans les universités illustre cette situation: tantôt départements de facultés de médecine (tendant vers une vision réduite à la dimension biomédicale), parfois inclus dans des facultés ou écoles de santé (élargissant la perspective précédente mais s'orientant vers les professions de santé), et dans d'autres cas écoles de santé publique autonomes avec des liens plus ou moins forts avec les écoles professionnelles de santé et les sciences sociales.

** Beauchamp, D. E. et B. Steinbock. *New Ethics for the Public's Health*, Oxford University Press. 1999, p. 25.

*** Cette section s'inspire également d'une partie de l'article de Fournier. P.. «La santé publique: concepts et pratiques», *Ruptures* 5, 2, 1998, p. 132-139.

**** On référera en particulier à Hippocrate dont un des traités publié à peu près 500 ans avant J.C. examinait les relations entre l'environnement et la santé. Il livrait également des observations au sujet des maladies endémiques et épidémiques (Hippocrate. *Traité d'Hippocrate des Airs, des Eaux et des Lieux*, Beaudelot, Paris, 1800).

mière préoccupation internationale de santé publique*.

- L'industrialisation et l'urbanisation des pays occidentaux et, en premier lieu, de la Grande-Bretagne ont amené à mettre en évidence, dès le milieu du XIII^e siècle, l'influence des conditions d'hygiène et de vie comme déterminants des maladies contagieuses (choléra, par exemple). Le Sanitary Movement et les travaux de Chadwick (*Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, 1842*) illustrent ce mouvement. Ce rapport mettait en évidence les relations entre l'insalubrité de l'environnement et le mauvais état de santé des travailleurs britanniques. Même si les théories des germes n'étaient pas encore connues, il préconisait des mesures d'hygiène collective qui sont toujours d'actualité (ramassage des ordures, assainissement, adduction d'eau, normes d'habitation, etc.).
- Les travaux de Pasteur ont conduit à la naissance de la bactériologie (1880) et la mise en évidence des mécanismes de transmission des maladies infectieuses met fin aux polémiques entre «contagionnistes» et «anticontagionnistes» et apporte à ce champ de pratique une légitimité scientifique qui sera renforcée par la découverte de nouveaux vaccins**.
- Pour Fee (1997), l'identification spécifique des bactéries responsables des maladies infectieuses a ouvert la voie de la «nouvelle santé publique» à la fin du XIX^e siècle***. La microbiologie exercera une influence marquante sur la santé publique pendant toute la première moitié du XX^e siècle.
- C'est dans ce champ que la santé publique compte un des ses plus remarquables succès du XX^e siècle: l'éradication de la variole dans les années 70 (Henderson, 1980).

- Aujourd'hui, risques infectieux et environnemental sont étroitement liés, bien que faisant appel à des disciplines et des connaissances techniques différentes, car ils partagent des caractéristiques communes: risques dont le niveau ne peut être nul et qui nécessitent une évaluation permanente, mesures collectives de protection, gestion du risque et des crises et communication à la population.

2.2 Hygiène individuelle et éducation pour la santé

«Liée non seulement à la médecine, mais aussi à la religion, à la morale, à l'éducation, à l'art de gouverner, l'hygiène individuelle reste longtemps une philosophie. Plus tard, la physiologie, qui lui dicte ses préceptes, fera d'elle une science...» (Sand, 1948). Ce courant de la santé publique a toujours établi un lien entre le physique et le mental, dans ses applications pratiques. Il n'a pas non plus dissocié les comportements que nous qualifierions aujourd'hui de préventifs et de curatifs.

- Dès le XIX^e siècle, les premières grandes campagnes sanitaires sont organisées contre l'alcoolisme qui constituait déjà un fléau dans les pays industrialisés.
- Avec l'accroissement des connaissances en biologie et en médecine et leur diffusion auprès du public, ce champ s'élargit pour englober l'autotraitement et les soins donnés dans la sphère familiale.
- Pour Green, c'est dans ce mouvement que l'éducation pour la santé a trouvé ses origines (Green, 1999).
- Au milieu du XX^e siècle, le déclin des maladies infectieuses en Occident, l'importance croissante des maladies chroniques et dégénératives et les premiers résultats des

* La première conférence internationale en santé (Paris, 1851) était consacrée à ce sujet. Les premières organisations de santé à caractère international (Bureau Sanitaire pan-américain. 1902) visaient à limiter la propagation des épidémies.

** Certains fixent la «naissance» de la santé publique à la «découverte» de la vaccination par Jenner en 1796 (Foege, W.H. «Preventive medicine and public health», *JAMA*, 275 (23), 1996, p. 1846-7). Il s'agit plutôt d'une observation isolée et presque fortuite dont les fondements biologiques n'ont été compris que plus tard.

*** On verra que cette terminologie de « nouvelle santé publique » a été très récurrente tout au long du XX^e siècle.

études épidémiologiques mettant l'accent sur le rôle prépondérant de certains comportements (tabagisme, alimentation inadéquate, exercice physique insuffisant) dans leur survenue ont donné un essor important à ce courant.

Certains ont vu dans ce courant une forme de contrôle social, crainte ravivée aujourd'hui par l'essor de nouvelles pratiques de la santé publique.

2.3 Médecine sociale et protection des groupes vulnérables

La spécificité de ce courant de la santé publique est constituée par le lien entre les conditions sociales et la santé. Quand le contexte idéologique et politique le permettait, ce lien a conduit à l'action, en considérant que la santé de tous ou de certains groupes particuliers constituait une responsabilité de l'Etat.

- Au milieu du XIX^e siècle, dans différents pays d'Europe, et en particulier en Allemagne, les mouvements démocratiques favorisent l'émergence d'un courant de pensée dirigé par Virchow et Neumann pour qui la santé de la population constitue une préoccupation sociale vis-à-vis de laquelle la société doit prendre ses responsabilités*. On reconnaît également que les conditions sociales et économiques ont des effets importants sur la santé, ce qui justifie à la fois des analyses scientifiques et des interventions directes de l'État (Rosen, 1949).
- En France, après la Révolution de 1789, on instaure des centres de distribution de lait aux enfants et aux mères.
- Après avoir découvert que 40 % des recrues britanniques (guerre des Boers, 1899-1902) étaient en mauvaise santé, la Grande-Bretagne instaure, en 1907, un système de santé scolaire qui veille (en suppléant) à ce que les enfants aient une alimentation adéquate. Le même mouvement s'observe aux États-Unis (New York) peu après. On y note un rôle très important des organisations communautaires.
- Récemment, on a reproché à ce courant d'avoir perdu son idéalisme initial (Gunning-

Schepers, 1997) et de s'être affaibli, du fait de la prédominance d'approches quantitatives incapables d'induire des interventions qui puissent faire la preuve de leur efficacité. Certains ont même plaidé pour la naissance (la renaissance?) d'une épidémiologie sociale (de Almeida-Filho, 1995; Scott-Samuel, 1989).

2.4 Croissance des systèmes de soins et rôle accru de l'État

- Le développement des systèmes de soins a été caractérisé dans un premier temps par le rôle prépondérant des organisations charitables (essentiellement confessionnelles) dès le Moyen Age.
- La constitution progressive d'États-nations laïcs a légitimé leur intervention dans le secteur de la santé. On attribue à Bismarck et à l'Allemagne de la fin du XIX^e siècle la première intervention de l'État en matière de couverture sociale et sanitaire qui préfigure les systèmes d'assurance-maladie actuels.
- Ce rôle accru des jeunes États n'aurait pas été possible si le savoir médical ne s'était progressivement constitué en disciplines scientifiques et si la pratique médicale n'avait acquis ses lettres de noblesse (Foucault, 1972).
- L'évolution des systèmes de soins est résumée par Kleiber (1991) qui, citant l'exemple suisse, considère trois périodes:
 - celle des rendements croissants (XIX^e siècle), marquée par la naissance de la clinique, les transformations des représentations de la maladie et le rôle prépondérant de l'hôpital;
 - celle des rendements équilibrés (première moitié du XX^e siècle), alimentée par une croissance économique relativement stable et un rôle accru des États; les systèmes de soins connaissent alors un développement important;
 - et, finalement, celle des rendements décroissants (caractérisée par une augmentation considérable de la demande, une expansion et une forte différenciation des organisations sanitaires et une remise en question de l'efficacité globale des soins médicaux).

* Ces courants s'alimentaient dans les philosophies sociales antérieures à cette période.

- Quelles que soient les options des États en matière de responsabilité vis-à-vis des systèmes de soins, la part croissante qu'ils occupent dans les économies et les enjeux de société qu'ils font naître font d'eux des éléments incontournables de nos sociétés qu'elles interpellent collectivement et de manière récurrente.

2.5 Rôle de l'État, intégration de ces courants et transition épidémiologique

Il ne faudrait pas penser que ces différents courants se sont développés isolément; des liens ont rapidement été établis entre eux. La meilleure preuve en est l'œuvre monumentale de Frank* qui établit la première documentation encyclopédique de santé publique du monde occidental.

En plus d'être contemporains, les deux premiers courants comportent deux analogies importantes: 1) ils établissent des liens entre l'environnement et la santé et 2) ils reconnaissent à l'État une légitimité pour modifier les facteurs qui affectent collectivement la santé. Ils sont néanmoins radicalement différents, en ce sens que le courant hygiéniste se limite à l'environnement physique. Il faut, à ce point de vue, considérer qu'il s'est développé dans le contexte de l'Angleterre libérale du XIX^e siècle où l'intervention de l'État était limitée et relevait d'une vision utilitariste**. À l'inverse, le mouvement de la médecine sociale met l'accent sur les déterminants sociaux de la maladie et reconnaît à l'État le devoir d'intervenir dans ce domaine. Ce courant traduit, dans le domaine de la santé, les idéaux démocratiques et progressistes qui ont vu

le jour en Europe occidentale et qui ont fait suite au Siècle des Lumières.

Il y a également un rapprochement à effectuer entre le mouvement de la médecine sociale et celui de l'organisation «publique» des services médicaux. La transposition des idéaux égalitaires du mouvement de la médecine sociale a logiquement conduit les États à renforcer leurs rôles et leurs responsabilités en matière d'accessibilité et de dispensation des services médicaux***.

Il existe une vision de la santé publique qui peut être qualifiée de « classique ou restrictive » qui exclut de ce champ tout ce qui concerne l'organisation des soins médicaux. Cette position semble plus conjoncturelle que fondamentale: on oppose la logique des individus à celle des populations, et on met souvent la santé publique et les services médicaux en opposition, voire en compétition quand il s'agit d'allocations budgétaires.

À partir des années 1970, le courant de l'éducation pour la santé a été remis en question, car les limites des approches de changement des comportements individuels sont apparues clairement: au delà des caractéristiques et des facteurs liés aux individus, ces comportements sont, pour une large part, déterminés par des valeurs et des conditions sociales hors du contrôle des individus. Green fixe à 1974 la naissance de la promotion de la santé (Green, 1999); il ne s'agit pas réellement d'un nouveau courant de la santé publique, car il s'inscrit dans la perspective de l'éducation pour la santé qu'il amène à rejoindre le courant central de la santé publique (celui de la médecine sociale dont l'objet est d'établir des liens entre les conditions sociales, d'une part, et des états de santé, d'autre

* Entre 1779 et 1817, il publie les 6 volumes de *Système complet de police médicale*, et bien que qualifié par Rosen de représentant du despotisme éclairé» (Rosen, G. *A history of public health*, Johns Hopkins University Press, Baltimore. 1993, p. 138), cet ouvrage couvre tous les aspects de la santé publique connus à l'époque: la dynamique des populations, l'hygiène individuelle, l'alimentation, la santé des groupes vulnérables, l'hygiène publique, les services de santé, etc.

** Le rapport de Chadwick considérait que les mauvaises conditions de la classe ouvrière amenaient «à gaspiller des vies et la force de travail».

*** Là encore les contextes particuliers de chaque pays ont donné des connotations très différentes à ces interventions. Par exemple, en Grande-Bretagne où le mouvement de la médecine sociale était faible jusque dans la première moitié du XX^e siècle, il a ensuite connu un essor remarquable dès le lendemain de la Seconde Guerre mondiale, avec l'instauration par un gouvernement travailliste d'un système national de santé. Plusieurs chaires de médecine sociale ont alors été créées dans les grandes universités (Oxford, Edimbourg, etc.). Aux États-Unis, cette préoccupation s'est traduite par l'intervention de l'État en matière de soins médicaux auprès de groupes défavorisés: aujourd'hui encore, les programmes Medicare et Medicaid sont considérés comme des «programmes de santé publique».

part). La contribution de la promotion de la santé se situe plutôt dans l'association de cette perspective avec une conception élargie de la santé, incluant le bien-être, et une philosophie d'intervention communautaire.

Pour certains, la promotion de la santé est une forme de renouveau de la santé publique, car elle redéfinit des perspectives d'intervention auprès et avec les communautés (Ashton et Seymour, 1988). Pour d'autres, il s'agit plutôt d'un retour aux sources et de nouvelles formulations.

Pour Terris (1985), ce que nous avons qualifié de courants hygiénistes et de médecine sociale constitue la médecine sociale et préventive ou communautaire. Il considère que le champ de la santé publique est plus large, car il inclut également l'organisation des services médicaux.

Pour résumer ce qu'a été la santé publique au cours de ces 150 dernières années, il convient d'établir un lien avec les transitions démographique et épidémiologique. D'un point de vue démographique, les pays occidentaux sont passés d'un régime de mortalité et de natalité fortes à un régime de faible mortalité et de très faible natalité. Ceci a entraîné une diminution, voire une régression, de l'accroissement naturel de la population. Concomitamment, le profil de la mortalité et de la morbidité a évolué d'un régime où prédominaient les maladies infectieuses à un régime où les maladies chroniques et dégénératives sont devenues prépondérantes. Au déclin de bon nombre d'entre elles et à l'entrée dans une ère post-industrielle correspond une évolution du profil épidémiologique qui fait une place grandissante à toutes les formes de violence et à leurs conséquences.

Au delà de cette notion maintenant bien établie de promotion de la santé, au moins parmi les professionnels de la santé publique, le concept de santé publique ne fait que s'élargir. Les droits de la personne, et surtout les effets de leur non-respect sur la santé des populations, ont été définis comme un défi pour la santé publique (Mann et coll., 1993).

On peut résumer, avec Breslow (1998) et Green (1999), ce qu'auront été les grandes tendances de la santé publique au cours du XX^e siècle.

- La première moitié, dans la continuation du siècle précédent, a été celle du contrôle des maladies infectieuses;
- À partir de 1950, l'émergence des maladies chroniques et dégénératives a conduit à mettre l'accent sur l'analyse et les modifications des comportements individuels, donnant ainsi un nouvel élan au courant de l'hygiène individuelle;
- De la fin de la Seconde Guerre mondiale aux années 1970, l'essor fulgurant des services de santé et la pression créée par une forte demande ont amené la santé publique à porter une attention accrue, excessive pour certains, à l'organisation des services de santé;
- À partir de 1975, la promotion de la santé a ravivé les origines de la santé publique en mettant l'accent sur les liens entre les structures sociales et la santé et en prônant une approche impliquant les communautés.

3. LA SANTÉ: DÉFINITIONS, DÉTERMINANTS ET MESURE

3.1 Définitions de la santé

Les perspectives sont différentes selon que l'on aborde la santé sous un angle individuel, comme le font les individus à partir de leurs expériences de vie ou de maladie ou selon qu'elle fasse l'objet d'étude ou de référence pour des professionnels ou des chercheurs. De nombreuses études ont documenté les définitions spontanées de la santé auprès du public (Herzlich, 1973; D'Houtaud et coll., 1989; Blaxter, 1990). Elles font référence à plusieurs notions: absence de maladie, santé physique et mentale, fonctionnalité, adaptation psychologique et physique aux conditions environnantes ou à la maladie et potentiel de réalisation. Ces définitions varient selon les caractéristiques des individus (âge et sexe, en particulier) et selon que l'individu considère sa propre santé ou celle des autres.

Les définitions plus professionnelles de la santé ont été traditionnellement dominées par une vision biomédicale dans laquelle la santé est essentiellement l'absence de maladie. Elles ont

* «À la fin du siècle, nous trouvons de nouvelles formes pour d'anciennes idées, du vin nouveau dans d'anciennes bouteilles.» Green, L. «Health education's contributions to public health in the twentieth century: a glimpse through health promotion's rear-view mirror». *Annual Review of Public Health*, 20, 1999, p. 67-88.

maintenant tendance à élargir leurs perspectives. La définition initiale de la santé adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé traduisait cette volonté d'élargissement.

«La santé est un état de bien-être complet, physique, mental et social, et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946).»

Cette définition reconnaît la dimension positive de la santé, mais certains lui ont reproché de ne pas référer à la fonctionnalité, au potentiel de contribution sociale et également d'établir une dichotomie réductrice entre maladie et absence de maladie, alors qu'il existe un état intermédiaire d'inconfort*. Terris a proposé une révision.

«La santé est, d'une part, un état de bien-être physique, mental et social et, d'autre part, la capacité de se réaliser et non simplement l'absence d'inconfort ou d'infirmité (Terris, 1992)..»

Une version plus récente de l'Organisation Mondiale de la Santé fait une place encore plus importante à l'interaction entre l'individu et son environnement social.

«[La santé est]... l'aptitude d'identifier et de réaliser ses aspirations, satisfaire à ses besoins et modifier ou faire face à son environnement. La santé est donc une ressource de la vie quotidienne et non pas un objectif de vie. La santé est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles ainsi que sur les capacités physiques (OMS, 1986).»

3.2 Déterminants de la santé

Si tout le monde s'accorde à dire que la santé d'une population est avant tout la résultante de facteurs macro-sociaux et macro-environnementaux, il y a divergence sur les actions qui doivent découler de ce constat: pour certains, nous n'avons ni les moyens ni la légitimité pour intervenir directement, tandis que, au contraire pour d'autres, il est nécessaire et justifié de tenter de modifier ces facteurs qui affectent la santé. La santé publique s'inscrit bien évidemment dans le second courant, mais tous les intervenants de la santé publique ne s'accordent

pas sur la limite des interventions qui lui sont légitimement rattachées.

La théorie des germes a eu une influence majeure sur la conception de la santé; les maladies avaient des causes identifiables, généralement uniques, et les progrès scientifiques et techniques allaient permettre d'élucider un nombre de plus en plus grand de ces mécanismes et d'apporter des réponses thérapeutiques adéquates.

Cette conception de la santé et du potentiel des actions médicales préventives et thérapeutiques à l'améliorer a été vigoureusement remise en cause à partir de différentes perspectives.

Pour McKeown, ce ne sont pas l'hygiène et les traitements médicaux qui ont amélioré la santé en Angleterre et au Pays de Galles entre 1838 et 1970, mais plutôt l'amélioration du niveau et des modes de vie et, en particulier, de l'alimentation (McKeown, 1979). Cette thèse a été contestée, sur certains points et surtout dans ses interprétations univoques (Gaumer, 1999). Par exemple, Sretzer montre l'importance des interventions en santé publique pour réduire la mortalité, surtout infantile (Sretzer, 1988).

Pour Dubos, la notion de santé parfaite et positive est une utopie créée par l'esprit humain. L'homme est responsable de la dégradation de son environnement, ce qui affecte sa santé, et il est illusoire de penser que les progrès de la biologie et de la médecine permettront *la conquête et la conservation de la santé* (Dubos, 1981). Autre point central de la thèse de Dubos: l'adaptation de l'homme à son milieu constitue l'élément déterminant de la santé. Or, les transformations sociales et technologiques sont si rapides qu'il devient de plus en plus difficile à l'homme de s'adapter à ses milieux de vie.

Pour Illich, la critique est beaucoup plus radicale: la médecine, d'une part, ne contribue que marginalement à l'amélioration de la santé, mais, d'autre part, l'importance de ses effets iatrogènes fait que, globalement, son impact est négatif sur la santé (Illich, 1975).

Adoptant une perspective différente, plus épidémiologique, Cochrane relève de nombreux exemples d'inefficacité des interventions médicales (Cochrane, 1977).

Sans pour autant dire que tous ces courants de pensée puissent être réconciliés, Pederson, O'Neill et Rootman (Pederson et coll., 1994) proposent une vision globale de la santé qu'ils

* Traduction impropre du terme «illness» qui veut plutôt dire « mal être ».

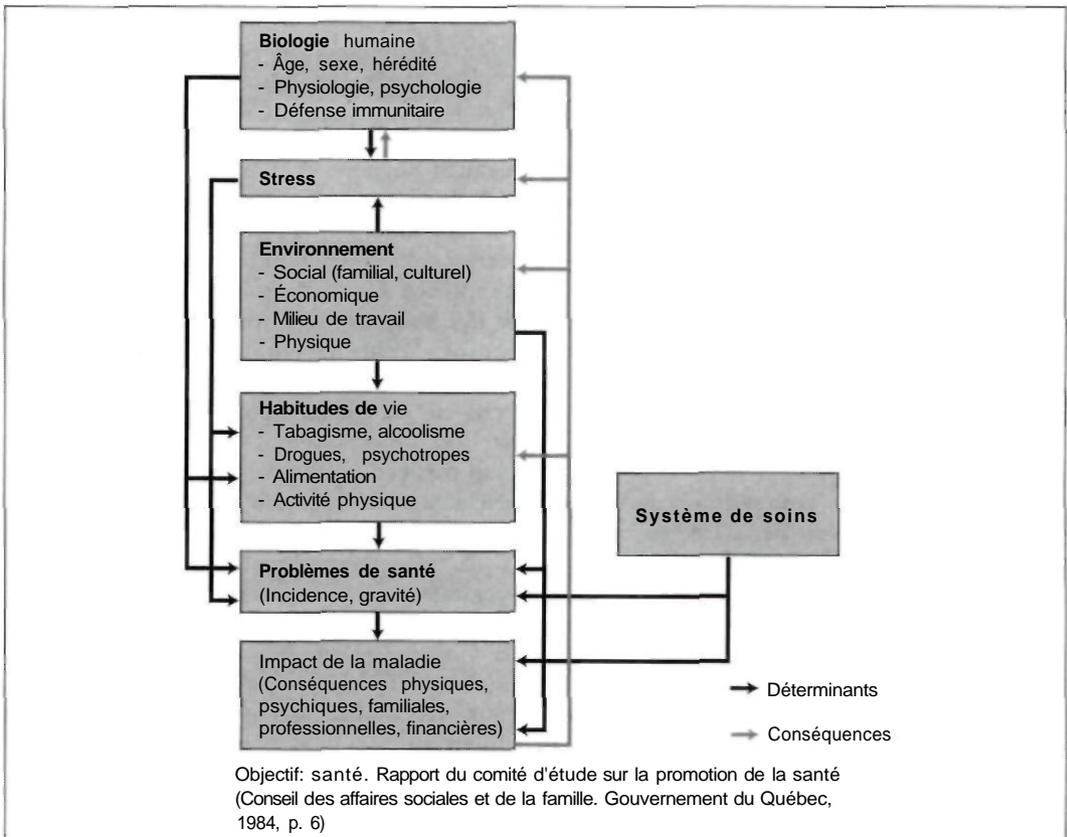


Figure 2.1 «Approche écologique de la santé»

qualifient de canadienne et qui synthétise ce qui est actuellement globalement accepté. Les déterminants de la santé sont principalement de quatre ordres: l'environnement physique, l'environnement psychosocial, les comportements individuels et le capital (ou la dotation) biologique. C'est sur ces deux derniers groupes de facteurs que le système de santé peut agir. L'environnement psychosocial et les comportements individuels sont étroitement liés et constituent un style de vie qui possède un enracinement communautaire. La culture est un macrodéterminant qui influence fortement tous les éléments précédemment mentionnés. Ces notions sont schématisées dans la figure 2.1.

3.3 Indicateurs de santé et sources de données

Les indicateurs de santé sont extrêmement nombreux du fait, d'une part, des exigences accrues

de la planification et de l'évaluation des systèmes de santé et, d'autre part, des définitions de plus en plus complexes ou spécifiques de dimensions particulières de la santé.

Les premiers indicateurs de santé ont suivi la mise en place de systèmes de recueil de données statistiques sur la population (natalité, mortalité, etc.).

Les indicateurs de santé utilisés dans les enquêtes nationales, au Canada et au Québec, sont regroupés en trois groupes selon qu'ils concernent l'état de santé, les déterminants de la santé ou les conséquences des maladies (Chevalier et coll., 1995).

Ces indicateurs sont établis à partir de données collectées soit de façon routinière et systématique (données de l'état civil ou données sur l'hospitalisation par exemple), soit dans le cadre d'enquêtes. Il faut distinguer deux grands types d'enquêtes: celles qui sont répétées (par exemple, Santé Québec [1995]) et celles qui sont réalisées dans un but spécifique (par exemple,

un projet de recherche ou une intervention ponctuelle).

Les indicateurs de l'état de santé sont particulièrement nombreux: ceux qui sont couramment disponibles ne donnent généralement qu'une mesure partielle de la santé (par exemple, les taux de mortalité ou les taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire). Ceux qui donnent une mesure plus globale ou au contraire très spécifique de la santé sont souvent des indicateurs complexes élaborés et utilisés dans un cadre de recherche*.

4. FONCTIONS ET PRATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Cette section couvre l'intervention en santé publique, tant des points de vue de sa logique que des ses grandes modalités opérationnelles.

4.1 *Intervenir en santé publique*

Bien que cela puisse sembler tautologique, il faut rappeler que les interventions en santé publique découlent de l'identification d'un problème de santé qui affecte la population et pour lequel on possède ou l'on recherche une ou des interventions. *A priori*, ceci spécifie que la santé publique, car autant les acteurs que les interventions qui répondent à cette définition sont nombreux et pas particulièrement identifiés au champ de la santé publique. La spécificité tient au fait que le mandat de la santé publique est fondé sur l'observation et l'analyse simultanée des problèmes d'une population donnée, dans le cadre d'une démarche proactive, suivis d'une analyse de leurs causes et de la priorisation des interventions, en fonction de la nature et de l'ampleur du problème et de la disponibilité d'une ou de plusieurs interventions dont l'efficacité est établie.

La mise en pratique de ce principe universaliste est très variable. Elle dépend des connaissances disponibles sur la nature et les causes des problèmes de santé et des interventions et, également, du caractère public de ces problèmes et des fondements éthiques des interventions à mener. L'importance accordée à certains problèmes, leur caractère public et le rôle de l'Etat

varient considérablement selon les valeurs des sociétés dans lesquelles ces questions se posent.

Les premières interventions en santé publique ont concerné l'hygiène publique car, avant que les relations causales entre l'environnement physique et la santé ne soient établies, des observations rendaient ces liens évidents.

Par contre, si l'on considère le lien de longue date entre les conditions sociales et la santé, l'existence d'interventions probantes et surtout la légitimité d'intervenir sont loin de faire consensus. Pour certains, les responsabilités incombent aux individus, et intervenir accroîtrait leur dépendance; pour d'autres, les responsabilités de la société comprennent une attention particulière vis-à-vis des plus démunis, car leur situation s'explique en partie par la structure sociale, les tensions entre les groupes sociaux et la «violence sociale» qui en découle.

Ces écarts dans la vision de ce qu'est, et de ce que devrait être, la santé publique expliquent à la fois les tensions qui agitent ce domaine et également le fait que la santé publique ait toujours été animée par un courant volontariste progressiste, qui l'amène inéluctablement à étendre le champ de ses interventions.

4.2 *Fonctions centrales de la santé publique*

Peu de systèmes de santé publique ont à la fois synthétisé et formalisé leurs principales fonctions. On peut citer les cas du Québec où les champs de pratiques sont relativement clairement établis et les Etats-Unis, qui ont procédé récemment à une analyse en profondeur de leur système de santé publique (IOM, 1988).

Dans le premier cas, les activités de santé publique relèvent de quatre grandes fonctions:

- La *connaissance* et la *surveillance* de l'état de santé et du bien-être de la population permet de suivre l'évolution des problèmes de santé et des facteurs qui les déterminent, de reconnaître les problèmes émergents et d'évaluer l'efficacité des interventions.
- La *promotion de la santé* et du bien-être vise à promouvoir le développement de conditions

* On trouvera dans Bowling, Ann, «Measuring health. A review of quality of life measurement scales». Open University Press, Buckingham, 1997, une revue synthétique de plus de 70 échelles de mesure de la santé couvrant des mesures globales de la santé (le SF-36, par exemple), des mesures de bien-être social, etc.

et d'environnements favorables à la santé et au bien-être de la population.

- *La prévention* vise plus spécifiquement à contrôler les facteurs de risque de maladies ou de blessures.
- *La protection* a pour objectif de prévenir ou de contrôler les différentes menaces à la santé de la population (épidémies, urgences environnementales, etc.). Les domaines des maladies infectieuses, de la santé au travail et de la santé environnementale relèvent généralement de cette dernière fonction (CRRSSQ, 1999).

L'accomplissement de ces fonctions fait très fréquemment appel à la communication.

La prévention qui constitue un domaine important de la santé publique, et qui se définit par rapport à la maladie, est à son tour subdivisée en trois niveaux.

- **Niveau primaire.** Il concerne toutes les actions qui visent à éviter l'apparition de la maladie, soit directement (vaccination, par exemple) soit en agissant sur un ou des facteurs de risque (par exemple, réduire le tabagisme constitue une action de prévention primaire vis-à-vis certains cancers ou maladies cardio-vasculaires).
- **Niveau secondaire.** À ce stade, la maladie est latente ou asymptomatique; sa détection précoce doit permettre d'intervenir plus efficacement. Les différentes formes de dépistages ou d'identification des groupes exposés en font partie.
- **Niveau tertiaire.** Une fois la maladie déclarée, les actions de prévention tertiaire doivent permettre d'en réduire la gravité et les conséquences (traitements, réadaptation).

L'Institute of Medicine définit les trois grandes fonctions de la santé publique de la façon suivante.

- *L'évaluation* et la *surveillance* («assessment») consistent, sur une base régulière et systématique, à recueillir, rassembler, analyser et rendre disponibles les informations sur la santé de la communauté, incluant des statistiques sur l'état de santé, les besoins communautaires ainsi que des études épidémiologiques et autres sur les problèmes de santé.
- Le *développement des politiques* et le *plaidoyer* («policy development») consistent à exercer

ses responsabilités pour servir les intérêts du public par le développement de politiques de santé publique globales en promouvant la prise de décision en santé publique sur des bases scientifiquement fondées et en dirigeant le développement de ces politiques. Les organisations devront adopter une approche stratégique, basée sur une appréciation positive du processus politique démocratique.

- *La responsabilité* et la *garantie* («assurance»): Les organisations (de santé publique) doivent garantir à leurs mandants que les services nécessaires à l'atteinte des objectifs convenus sont dispensés, soit en favorisant des actions entreprises par d'autres organismes (publics ou privés), soit par le biais de mesures régulatrices, soit en les fournissant directement. Lors de la détermination des services individuels et collectifs hautement prioritaires qui doivent être accessibles à tous, chaque agence de santé publique doit associer des responsables politiques et le public. Cette responsabilité doit englober le financement ou la dispensation directe des ces services à ceux qui n'ont pas les moyens de se les procurer*.

On peut s'étonner que seule la première de ces fonctions de base soit identique dans les deux énoncés. Cette divergence n'est qu'apparente. Elle tient au fait que les perspectives à partir desquelles ces deux énoncés ont été produits diffèrent profondément. Dans le cas du Québec, la perspective est plutôt opérationnelle, proche des champs des pratiques de la santé publique. Aux États-Unis, la perspective adoptée est plutôt axée sur la dynamique et les processus de l'action, et sur des résultats visés. Les différences de contexte socio-politique et de l'organisation des services de santé publique, entre un État libéral et un État plus social-démocrate, expliquent ces différences de problématique et de perspective.

Nonobstant les façons de définir les fonctions de la santé publique, une manière explicite d'en saisir l'objet consiste à examiner, quand elles sont établies, les politiques de santé ou de santé publique. Elles représentent l'aboutissement d'un processus d'identification et d'analyse des problèmes, de revue des interventions techniquement, politiquement et financièrement faisables et finalement de la détermination de priorités pour l'intervention.

* IOM. *The Future of Public Health*, National Academy Press, Washington DC, 1988, p. 6-7 (traduction de l'auteur).

Le Québec s'est doté en 1997, pour la première fois, d'une politique de santé publique (MSSS, 1997) qui établit sept priorités d'intervention: 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, 2) les maladies évitables par la vaccination, 3) le VIH-SIDA et les maladies transmissibles sexuellement, 4) le dépistage du cancer du sein, 5) le tabagisme, 6) les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (violence envers les personnes, suicide) et 7) l'alcoolisme et les toxicomanies. Quatre principes doivent guider les interventions vis-à-vis de ces problèmes: 1) «agir» et «comprendre», 2) s'engager davantage auprès des communautés, 3) s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être et 4) intervenir de façon concertée et coordonnée.

De manière similaire, aux États-Unis, une politique de santé publique a été adoptée pour la période 1990-2000. Elle fixe trois grands objectifs: 1) augmenter la durée de la vie en bonne santé, 2) réduire les disparités de santé et 3) rendre accessibles les services préventifs pour tous. Elle a adopté aussi 319 objectifs plus spécifiques regroupés en 22 domaines prioritaires d'intervention (8 en promotion de la santé, 5 en protection, 8 en services préventifs et 1 en surveillance) (US PHS, 1990). Cette politique fait l'objet d'un suivi régulier*, et une nouvelle politique pour la décennie 2000-2010 a été élaborée.

Plus récemment, on a utilisé des cadres supranationaux pour définir des priorités de santé publique. L'Union européenne a énoncé 10 domaines prioritaires d'intervention: 1) les inégalités sociales de santé, 2) la prévention de l'alcoolisme, 3) l'usage des drogues, 4) le tabac, 5) la surveillance de la santé, 6) la qualité des services de santé, 7) le vieillissement, 8) la santé mentale, 9) l'environnement et 10) la nutrition (DG-EMPL, 1999).

5. DÉFIS DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Le but de cette section n'est pas de dresser un tableau exhaustif de tous les problèmes de santé publique. Elle vise plutôt à établir un bref bilan

des progrès et des réalisations de la santé publique ainsi qu'à déceler les problèmes majeurs qui se posent actuellement et les défis qui se dessinent.

Du fait de la nature multicausale des problèmes de santé et du caractère indissociable des notions de santé et de bien-être, il existe plusieurs façons non exclusives d'analyser et de présenter des problèmes de santé: 1) selon la nature du problème (par exemple, le cancer du sein), 2) selon un groupe de population (par exemple, les enfants, ce qui permet de considérer simultanément tous les problèmes qui affectent ce groupe, ce qui se rapproche d'une philosophie d'intervention vis-à-vis de groupes cibles) ou 3) selon le ou les déterminants de la santé ou du bien-être (par exemple, le tabac, facteur déterminant de plusieurs problèmes de santé: cancer du poumon, maladies cardiovasculaires, autres affections pulmonaires et cancers, etc.; ou encore la pauvreté, qui est à la fois une caractéristique du bien-être et le déterminant de nombreux problèmes de santé).

La section 2 de ce chapitre qui décrivait les courants historiques qui ont façonné la santé publique se terminait par un bref portrait de l'évolution de la santé publique au cours du siècle dernier. Les maladies transmissibles ont longtemps dominé la scène; elles ont régressé sans toutefois disparaître (voire être en recrudescence dans certains cas comme le sida ou la tuberculose). Les maladies chroniques et dégénératives ont ensuite occupé une place plus importante, et, actuellement, les différentes formes de violence mettent à l'avant-scène une nouvelle série de problèmes et ravivent ceux qui prévalaient déjà.

Les pages suivantes examineront successivement 1) l'évolution des problèmes de santé définis à partir de quelques affections dominantes, 2) la vulnérabilité spécifique de quelques groupes de la population, 3) les soins médicaux et la santé publique et 4) les objets principaux de la «nouvelle santé publique»***.

La figure 2.2 donne un panorama mondial de la situation de la santé, niveau auquel les problèmes de santé des pays en développement dominant.

* Dernière évaluation disponible: «National Health Center for Health Statistics», *Healthy People 2000 Review. 1998-99*, Public Health Service, Hyattsville, Maryland, 1999.

** Cette section, plus encore que les précédentes, fera référence aux pays industrialisés.

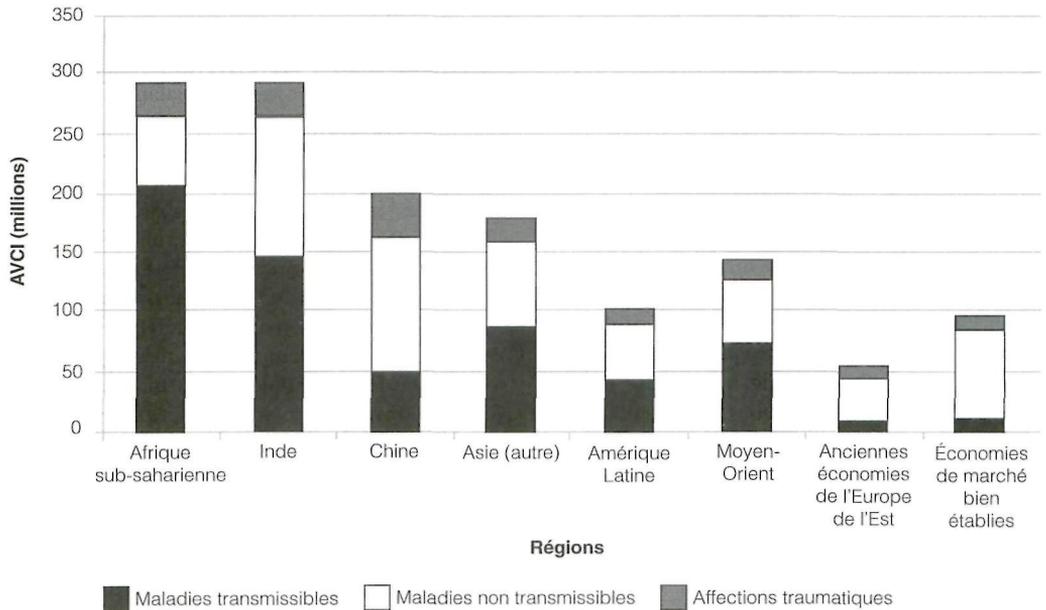
*** Une couverture exhaustive du domaine de la santé publique aurait nécessité d'inclure la santé au travail et la santé environnementale. Tous les autres chapitres de cet ouvrage leur étant consacrés, il n'a pas paru nécessaire d'en faire mention ici.

Situation mondiale de la santé

Choisir un indicateur synthétique à partir duquel des comparaisons mondiales sur les états de santé peuvent être établies est un défi de taille. La mesure «du fardeau de la maladie» à partir des AVCI (Années de vie corrigées du facteur d'invalidité) tente de relever ce défi. Cet indicateur intègre celui qui mesure les APVP (Années potentielles de vie perdues) et qui ne concerne que la mortalité, à la morbidité qui, elle aussi, est mesurée en termes d'années perdues. Dans ce cas, cependant, les années n'étant pas «totalement perdues», car il n'y a pas décès; elles sont «partiellement perdues», l'intensité de l'incapacité déterminant ce caractère plus ou moins partiel*.

Les régions défavorisées du monde portent une part considérable du fardeau mondial de la maladie. Leur part relative est encore plus importante si l'on considère la proportion mondiale de la population qu'elles représentent (Afrique sub-saharienne: 10 %, Inde: 16 %).

Distribution mondiale du fardeau de la maladie**



* Murray, C. L. J. «Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life of years», *Bulletin of the World Health Organization*, 72, 3, 1994, p. 429-445.

** Murray, C. L. J., A. D. Lopez et D. T. Jamison «The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions», *Bulletin of the World Health Organization*, 72, 3, 1994, p. 495-509.

Figure 2.2 Situation mondiale de la santé

5.1 Maladies infectieuses, affections chroniques et habitudes de vie

Les maladies infectieuses ont constitué des fléaux dans le passé. Les mesures d'hygiène, de protection individuelle, en premier lieu, la vaccination, de même que l'avènement des produits anti-infectieux les ont considérablement réduites, bien qu'elles continuent à représenter des problèmes majeurs dans de nombreux pays en développement. Certaines maladies évitables par la vaccination ont été éradiquées (variole) ou sont sur le point de l'être (poliomyélite).

Les maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination (coqueluche, rougeole, rubéole, influenza, maladies à méningocoques, à haemophilus, hépatite B et tuberculose) font l'objet d'une attention particulière, car les vaccins ne permettent toutefois pas de les contrôler parfaitement, du fait de l'efficacité relative du vaccin ou d'une couverture vaccinale incomplète.

Dans le courant de la décennie 1980, on a observé une recrudescence des cas de rougeole dont l'incidence annuelle* est passée de 2,4 à 42,5/100 000 au Québec, où l'on a observé plus de 10 000 cas en 1989 (Santé Canada, 1995). L'influenza (grippe) demeure un problème de santé majeur, particulièrement auprès des personnes âgées. Au Canada, on estime qu'elle est responsable, directement et indirectement, de 6700 décès et près de 75 000 hospitalisations annuellement (LCDC, 1993). La tuberculose est également en recrudescence, essentiellement du fait de son augmentation considérable parmi les groupes vulnérables dont le système immunitaire est affaibli. Cette situation fait suite à une forte diminution à l'échelle mondiale, ce qui a conduit l'OMS à déclarer que cela constituait une urgence mondiale (Reichman, 1991). L'obstacle principal au contrôle de ce problème demeure l'observance aux traitements.

Les maladies sexuellement transmissibles sont également en augmentation, et l'infection au VIH responsable du sida a fait de ce groupe d'affections un des problèmes majeurs de santé publique. Les gonococcies, la chlamydirose et l'herpès génital, pour ne citer que les plus importants, sont en recrudescence.

Le VIH, dont la transmission n'est pas exclusivement sexuelle mais également sanguine (produits sanguins contaminés, seringues et instruments souillés) et intra-utérine, constitue un problème majeur de santé publique du fait de son caractère actuellement incurable et des conséquences morbides considérables qu'il entraîne, tant en terme de souffrances que de demande de services de santé. Au niveau mondial, en 1999, on relevait 33,6 millions de personnes infectées avec le VIH, 5,6 millions de nouveaux cas et 2,6 millions de décès (ONUSIDA, 1999).

La résurgence des maladies transmissibles n'est pas simplement liée aux quelques maladies infectieuses ré-émergentes ou nouvelles qui viennent d'être évoquées. L'apparition de résistances liées à l'utilisation parfois incontrôlée des agents anti-infectieux et les risques accrus liés à l'évolution des modes de vie (voyages et maladies tropicales), des techniques industrielles et agro-alimentaires (alimentation animale et encéphalopathie spongiforme) et des pratiques médicales font des maladies infectieuses un risque permanent (HCSP, 1996). Dans le cadre de ces nouveaux risques infectieux, une nouvelle forme est particulièrement à craindre: le bio-terrorisme.

Les cancers, les maladies cérébro- et cardiovasculaires ont vu leur importance augmenter au cours des dernières décennies, mais leurs évolutions ne sont pas univoques. Ces affections sont qualifiées de chroniques, car elles ont une évolution généralement plus lente que ce qu'il était coutume d'observer avec les maladies infectieuses à manifestations plus aiguës, et de dégénératives, car elles s'accompagnent des modifications tissulaires et physiopathologiques.

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) constituent la première cause de mortalité au Canada et dans la plupart des pays industrialisés ; les plus communes sont les maladies coronariennes ou ischémiques, dont l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Au Canada, en 1997, les taux de mortalité liés aux MCV étaient de 307 et 188 par 100 000 respectivement pour les hommes et les femmes, ce qui représentait 36 % des causes de décès (Statistique Canada, 1999). En France, où les MCV sont en diminution, ces taux étaient de 130 et 90/100 000 en 1994 (HCSP, 1996). Ces données illustrent le fait que, bien que les MCV constituent un problème majeur de santé dans

* Rapport entre le nombre de nouveaux cas pendant une année et la population de cette même année.

les pays industrialisés, leurs taux de mortalité varient considérablement d'un pays à l'autre*.

Le groupe disparate des cancers est, avec les MCV, l'autre groupe majeur de maladies que l'on peut observer dans les pays industrialisés. En 2002, au Canada, on prévoyait une incidence de 136 900 nouveaux cas pour 66 200 décès (INCC, 2002). Chez les hommes, le cancer du poumon représente de loin le premier des cancers, alors qu'il a tendance à ne plus augmenter, voire légèrement régresser, dans certains pays. Les cancers colorectal et prostatiques sont les autres cancers les plus importants chez les hommes. Chez les femmes, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer. Le cancer du poumon est en augmentation considérable et entraîne un niveau de mortalité souvent proche de celui du cancer du sein. Au cours des dernières décennies, à peu d'exceptions près, les durées de survie des personnes atteintes du cancer ont considérablement augmenté.

Pour les deux groupes de maladies qui viennent d'être évoqués, les MCV et les cancers, outre leurs déterminants génétiques, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux jouent un rôle considérable. Le tabac est fortement incriminé dans la survenue de plusieurs cancers (poumon, larynx, vessie, pancréas, etc.) et également dans celle des MCV et des maladies respiratoires. Il a également un effet dommageable sur le fœtus, le nourrisson et le nouveau-né. Au Canada, entre 1970 et 1990, la fréquence de l'usage du tabac a chuté considérablement, passant de 47 à 30 % chez les personnes de 15 ans et plus. Par contre, la proportion des fumeurs adolescents a augmenté notablement, passant de 21 % en 1990 à 29 % en 1994-95, contrairement à ce qui se passe dans les autres groupes d'âge. Il faut également noter que l'usage du tabac est inversement proportionnel au niveau d'instruction (CCSP, 1999a). En 1991, on estimait que, au Canada, 45 000 décès prématurés étaient attribués au tabagisme, soit le quart de tous les décès survenant entre 35 et 84 ans (CCSP, 1999a).

L'alcool a une responsabilité dans la survenue des cancers de la bouche, du larynx et de l'œsophage. Il est également responsable d'atteintes

du système nerveux central et périphérique et du système cardio-vasculaire, et il augmente le risque d'accidents de la route.

L'évolution des habitudes alimentaires dans les pays industrialisés a amené à réduire la consommation de sucres à absorption lente et de végétaux, et à augmenter celle de corps gras et de sucres rapides. Ceci combiné à une insuffisance d'exercice physique entraîne une augmentation du poids et d'autres problèmes métaboliques.

Il faut mentionner que certains groupes de la population cumulent plusieurs comportements à risques: en 1994-95, parmi les comportements suivants, tabagisme, consommation d'alcool excessive, partenaires sexuels multiples et rapports sexuels non protégés, 26 % des hommes adolescents présentaient un comportement à risque, 24 %, en avaient 2 et 19 %, 3 ou 4. Ces proportions sont plus faibles chez les femmes (CCSP, 1999).

5.2 Quelques groupes particulièrement vulnérables

Les enfants constituent un groupe vulnérable où que ce soit dans le monde et quel que soit le moment dans l'histoire. Après avoir payé un lourd tribut aux maladies infectieuses, toujours prévalentes dans les pays en développement et menaçantes dans les pays industrialisés, les enfants sont particulièrement à risque durant la période périnatale et quand ils grandissent dans des environnements précaires et démunis. Le développement *in utero* peut être affecté par les conditions de la grossesse (alimentation, habitudes de vie de la mère, etc.), ce qui peut aboutir à une naissance prématurée ou à un poids insuffisant à la naissance. Ces deux caractéristiques sont des prédicteurs de problèmes de croissance et de survenue plus fréquente de diverses affections pathologiques.

Dans les pays industrialisés, et plus particulièrement ceux dont la couverture sociale est faible, la santé des enfants des groupes pauvres est particulièrement préoccupante. Du fait des

* Par exemple, en 1992, pour les maladies cardio-ischémiques, les taux de mortalité pour les hommes de 49 à 60 ans variaient de 100 en France à plus de 350/100 000 en Finlande, Irlande, Écosse, etc. WHO MONICA Project, préparé par H. Tunstall-Pedoe, K. Kuulasmaa, P. Amouyel, D. Arveiler, A. M. Rajankangas et A. Pajak, «Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization Monica Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents», *Circulation*, 90, 1994, p. 583-612.

caractéristiques de ces milieux, les problèmes d'adaptation sociale sont également plus fréquents chez ces enfants qui sont, plus souvent que d'autres, victimes d'abus et de négligence.

À l'autre extrémité du spectre de la vie, les personnes âgées constituent également un groupe vulnérable. La diminution de la natalité et de la mortalité à tous les âges de la vie a pour effet d'accroître la proportion des personnes âgées dans la population et également d'augmenter la durée de la vie. Alors que le seuil «psychologique» de la vieillesse est fixé à 65 ans, il faut maintenant considérer plusieurs tranches d'âges parmi les personnes âgées: 65-74, 74-84, 85 et plus. Il faut également mentionner que l'espérance de vie en bonne santé, ou tout du moins avec des handicaps mineurs, augmente, et que cela a pour effet de changer de façon importante les profils de santé et de bien-être de ces populations.

Bien que les revenus des personnes âgées aient eu tendance à augmenter au cours des dernières décennies, ce segment de la population est économiquement vulnérable, d'autant plus que la réduction des capacités physiques exige souvent des modifications des environnements de vie et que celles-ci peuvent s'avérer coûteuses.

En plus de concentrer les maladies chroniques et dégénératives qui viennent d'être mentionnées, les personnes âgées sont particulièrement exposées en ce qui concerne les abus (physiques, psychologiques et financiers), la négligence et les accidents (par exemple, chutes à domicile).

La notion de *groupe vulnérable* est également étroitement liée à des considérations sociales.

5.3 Services de santé

L'évolution constante de la technologie médicale, la croissance de la demande de services de santé, particulièrement curatifs, ont entraîné dans tous les pays industrialisés une forte augmentation des dépenses de santé et, secondairement, des mesures parfois draconiennes pour freiner cette croissance.

Il est difficile, sauf cas particuliers, d'établir un lien direct entre le rationnement des services de santé et leur éventuel impact sur la santé. Cette

situation engendre néanmoins des inquiétudes légitimes. La réduction de l'accessibilité accentue la différenciation de l'utilisation selon les groupes socio-économiques et suscite des inquiétudes parmi les groupes les plus vulnérables ou ceux dont la consommation de soins est la plus importante. Une étude récente dans la région de Montréal, qui a connu des bouleversements importants dans l'offre de soins, confirme que l'utilisation des services de santé semble peu affectée quantitativement et qu'une certaine redistribution s'opère parmi les fournisseurs, du fait de modifications de leur accessibilité, mais que la population estime que les services se sont détériorés et que le niveau de confiance dans le système de soins a baissé (Pineault et coll., 1999).

5.4 Défis de la nouvelle santé publique*

La santé publique fait face à des problèmes nouveaux ou exacerbés du fait des modifications de l'environnement physique, des structures sociales, des rapports entre les groupes sociaux ou des dynamiques familiales et individuelles**. Il faut également mentionner qu'au titre de nouveaux défis de la santé publique on y intègre des problèmes qui existent de longue date, mais que l'on considère maintenant du champ de la santé publique et pour lesquels il devient légitime d'intervenir.

Ces problèmes sont pour la plupart liés à différentes formes de violences, qu'elles soient individuelles ou collectives, intentionnelles ou non. À ces titres figurent les traumatismes (en particulier à la suite d'accidents de la route), les crimes contre les personnes, le suicide, certaines maladies mentales et les toxicomanies.

Les traumatismes présentent à bien des égards les caractéristiques d'une épidémie. Au Canada, ils constituent la principale cause de décès parmi les adultes jeunes et la deuxième cause d'années potentielles de vies perdues (après les cancers) (CCSP, 1999a). Les accidents de la route en constituent la première cause spécifique: au Canada, en 1996, plus de 3000 personnes ont été tuées et plus de 230 000 ont été blessées à la suite d'accidents de

* On cédera à la tentation actuelle d'utiliser le terme «nouvelle santé publique», mais en rappelant que la santé publique est perpétuellement en renouveau.

** Voir section 3.2, la thèse de Dubos, selon laquelle les changements de l'environnement et des conditions de vie déterminent la santé collective.

la route (CCSP, 1999a). Ce fléau illustre bien l'évolution du champ des pratiques de la santé publique: aux déterminants individuels (comportements des conducteurs, port de la ceinture de sécurité, alcoolisme), dont les modifications font partie des stratégies habituelles de la santé publique, s'en ajoutent d'autres (infrastructures, état des véhicules, réglementations, etc.) qui requièrent des interventions dont la nature et les besoins d'expertise ne sont pas identifiés à la santé publique. Ces changements plus structurels qui modifient les environnements de vie ou de travail font partie de ce qu'on appelle maintenant des «politiques publiques saines». Leur promotion, excessive pour certains, soulève une des questions d'éthique importante de la santé publique: jusqu'où peut-on ou doit-on restreindre les libertés individuelles au nom du bien public?

Outre ces traumatismes qualifiés de non intentionnels, en figurent d'autres à caractère intentionnel comme les homicides, les suicides et d'autres formes de violence qui se manifestent dans différents milieux de vie: famille, école, travail, etc.

Bien que ce soient uniquement des conventions sociales qui déterminent les limites entre les drogues illicites et licites, le tabac par exemple, la consommation des drogues illicites constitue une préoccupation croissante en santé publique. Au Canada, on rapportait que, en 1994, 7 % des adultes déclaraient une utilisation actuelle du cannabis et environ 1 % déclaraient utiliser couramment une autre drogue comme l'héroïne, la cocaïne, le «crack», le LSD, etc. Ceci représente un quart de million d'utilisateurs de drogues «dures» (CCSP, 1999a).

Les inégalités sociales et la santé, thème ancien et récurrent de la santé publique, sont à nouveau sous les feux de l'actualité. À la constante des liens entre les groupes sociaux et la santé, il faut ajouter le fait que les améliorations de santé que l'on observe sont également liées à un gradient social: en France, entre les périodes 1980-84 et 1988-92, on observe des réductions de la mortalité par cancers et maladies vasculaires cérébrales plus importantes chez les cadres supérieurs et les professions libérales que chez les cadres moyens, et, pour ces derniers, les améliorations relevées sont supérieures à celles notées chez les employés et les ouvriers (HCSP, 1996).

Bon nombre de ce qui constitue les problèmes de santé publique actuels exige des inter-

ventions dans des groupes particuliers, voire des modifications de la structure sociale. À partir de ce moment se pose la question du contrôle social, thème qui n'est pas nouveau en santé publique, mais qui se trouve réactualisé.

Les progrès des connaissances en génétique humaine laissent prévoir des remises en question, des modifications des pratiques de la santé publique: mieux connaître et mieux comprendre le rôle des déterminants génétiques et leurs interrelations avec d'autres déterminants semblent ouvrir la voie à des activités de protection, de prévention et de promotion plus ciblées, plus efficaces. Mais quels sont les risques que ces connaissances introduiront quand ces caractéristiques génétiques s'appliqueront à des comportements ou se retrouveront plus fréquemment concentrées dans certains groupes de population?

6. CONCLUSION

L'évolution de la santé publique ne saurait être univoque, elle n'obéit pas à une logique déterministe et elle ne peut être assimilée à un phénomène biologique, bien qu'elle intègre une notion collective de la biologie. Son évolution est dictée en premier lieu par des changements des environnements dans lesquels les populations évoluent, mais également des modifications des valeurs de la société vis-à-vis de la santé et du rôle régulateur et interventionniste des pouvoirs publics dans cette sphère.

La dimension volontariste et progressiste qui a toujours animé la santé publique, avec une vigueur variable selon les lieux et les époques, constitue une force qui amène son champ à s'étendre. Certains appellent à une vision plus politique de la santé publique qui devrait s'engager dans des actions conduisant à plus de justice sociale (Bibeau, 1999). Bien que son essence et ses principes soient communément partagés, les pratiques de la santé publique varient d'un pays à un autre, façonnées par les héritages biologiques et l'histoire sociale.

Le domaine de la santé publique dont la «délimitation floue et les frontières changeantes»* demeureront une caractéristique permanente se recomposera constamment en fonction de l'histoire, des réalités locales et de l'activisme de ses leaders.

* Gagnon, F. et P. Bergeron (avec la collaboration de J. P. Fortin). «Le champ contemporain de la santé publique. Un modèle en transformation», sous la direction de C. Bégin, P. Bergeron, P. Gerlier-Forest et V. Lemieux, les Presses de l'Université de Montréal, 1999.

Bibliographie

- Ashton, J. et H. Seymour. *The New Public Health*, Open University Press, Buckingham, 1988.
- Bibeau, G. «Une troisième voie en santé publique», *Ruptures* 6, 2, 1999, p. 209-236.
- Blaxter, M. *Health and lifestyles*, Tavistock/Routledge, London, 1990.
- Breslow, L. «Musing on sixty years in public health», *Ann Rev Pub Health*, 19, 1998, p. 1-15.
- Canadian Consensus Conference on Influenza (CCDR). Canada Communicable Disease Report, 19, 17, 1993, 136-146.
- Chevalier, S. et coll., «Indicateurs sociosanitaires: définitions et interprétations/comité de rédaction et d'édition», collaboration spéciale: Lynda Fortin, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1995.
- Cochrane, A. *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine*, Éditions Galilée, Paris, 1977.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP). «Rapport statistique sur la santé de la population canadienne», Santé Canada, Ottawa, 1999a.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP). «Pour un avenir en santé», Santé Canada, Ottawa, 1999b, p. 128-131.
- Conférence des Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux du Québec (CRRSSSQ). «Portrait des ressources et des activités des directions de santé publique au sein des Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux», Document mimeo, décembre 1999, p. 6.
- D'Houtaud, A. et M. G. Field. *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Agence d'Arc, Montréal, 1989.
- de Almeida-Filho, N. «Les défis de l'épidémiologie sociale latino-américaine», *Ruptures* 2, 1, 1995, p. 8-16.
- Directorate General for European Union-Employment and social affairs (DG-EMPL). «Priorities for public health action in the European Union», édité par Olivier Weil, Martin McKee, Marc Brodin and Daniel Oberlé, 1999, 182 p. www.sfsp-france.org/Europe/prioeuro.pdf
- Dubos, R. «L'homme face à son milieu», dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolf (éd.). *Médecine et société. Les années 80*, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, Laval, 1981, p. 53-80.
- Fee, E. «The origins and development of public health in the United States in Oxford Textbook of Public Health», *The Scope of public Health*, volume I, Oxford Medical Publications, 1997, p. 35-54.
- Foucault, M. *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1972.
- Frenk, J. «The new public health», *Ann Rev Pub Health*, 14, 1993, p. 469-90.
- Gaumer, B. «Est-ce que la médecine contribue à la santé des populations? Controverses autour de la thèse de McKoewn», *Ruptures*, 6, 1, 1999, p. 6-19.
- Green, L. «Health education's contributions to public health in the twentieth century: a glimpse through health promotion's rear-view mirror», *Ann Rev Pub Health*, 20, 1999, p. 67-88.
- Gunning-Schepers, L. J. «That which we call social medicine...», *J Epidemi Comm Health*, 51, 1997, p. 224-226.
- Haut Comité à la Santé Publique (HCSP). «La santé en France», *La Documentation Française*, Paris, 1996.
- Henderson, D. A. «Smallpox eradication», *Pub Health Rep*, 95, 5, 1980, p. 422-426.
- Herzlich, C. *Health and illness*, Academic Press, London, 1973.
- Illich, I. *Némésis Médicale: l'expropriation de la santé*, Seuil, Paris, 1975.
- INCC. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*, Institut national du cancer du Canada, Toronto, 2002, 104 p. www.cancer.ca/files/stats2002.f.pdf
- Institute of Medicine (IOM). *The Future of Public Health*, National Academy Press, Washington DC, 1988.
- Kleiber, C. *Questions de soins*, Éditions Payot, Lausanne, 1991.
- Mann, J. et F. Bagnoux. «Santé et droits de l'homme: défi de la santé publique moderne», *Santé Publique* 5, 6, 1993, p. 84-89.
- McKoeown, T. *The role of medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, Princeton University Press, 1979.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). «Priorités nationales de santé publique 1997-2000», Gouvernement du Québec, 1997.

- OMS. «Actes de la conférence internationale de la santé». Nations Unies, New York, 1946.
- OMS/Bureau Régional pour l'Europe. «Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé», Copenhague, 1986.
- ONUSIDA. «Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Le point sur l'épidémie de SIDA», ONUSIDA-OMS, Genève, 1999.
- Pederson, A., M. O'Neill et I. Rootman. *Health Promotion in Canada. Provincial, National and International perspectives*, WB Saunders Canada, Toronto, 1994.
- Pineault, R., L. R. Poirier, R. Lebeau et V. Ouellette. «Impact de la reconfiguration du réseau de services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité», Direction de la Santé Publique, Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1999.
- Reichman, L. B. «The U-shaped curve of concern», *Am Rev Respirat Dis*, 144, 1991, p. 741-742.
- Rosen, G. «Approaches to a concept of social medicine. A historical survey». *Backgrounds of social medicine*, Milbank Memorial Fund, New York, 1949, p. 9-23.
- Sand, R. *Vers la médecine sociale*, éditions Desoer, Liège 1948, p. 117.
- Santé Canada. «Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire», Ottawa, 1995.
- Santé Québec. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, réalisée par Santé Québec; direction de l'enquête: Daniel Tremblay, publié sous la direction de Carmen Bellerose et coll., Québec, Santé Québec, 1995.
- Scott-Samuel, A. «Building the new public health: a public health alliance and a new social epidemiology», *Readings for a New Public Health*, Edinburgh University Press, 1989, p. 29-44.
- Sretzer, S. «The importance of social interventions in Britain's mortality decline (c. 1850-1914): A reinterpretation of the role of public health», *Soc Hist Med*, 1, 1, 1988, p. 1-37.
- Statistique Canada. *Mortalité. Liste sommaire des causes, 1997*, Ottawa, 1999.
- Terris, M. *Currents trends in public health in the Americas in Pan American Health Organization. The crisis of public health in the Americas*, Scientific Publication, n° 540, Washington, 1992, p. 173.
- Terris, M. «The distinction between public health and community-social preventive medicine», *J Pub Health Pol*, 6, 1985, p. 435-39.
- Turshen, M. *The Politics of Public Health*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, 1988, p. 9.
- US Public Health Service (US PHS). «Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives», DHHS, n° (PHS) 91-50212, Washington DC, US GPO, 1990.
- Vinslow, CEA. «The unfilled fields of public health», *Science*, 51, p. 23-33, 1920, cité par E. Fee, «The origins and development of public health in the United States in Oxford Textbook of Public Health», *The Scope of public Health*, volume I, Oxford Medical Publications, 1997, p. 35-54.

