

Évolution du concept de santé publique

dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIII^e siècle aux années 1970

Benoît Gaumer

Université de Montréal

Résumé:

L'objectif premier de cet essai historique vise à dégager les principaux courants internationaux qui ont influencé le façonnement du système de santé publique actuel du Québec. Pour cela, l'étude remonte jusqu'au mouvement dit de police médicale au Siècle des lumières en Europe occidentale et s'arrête avec l'apparition du concept de médecine globale au Québec lors de la réforme du système de santé des années 1970. Chaque pays ne pouvant être suivi pas à pas, les grandes étapes de l'évolution du concept de santé publique sont reconnues à partir de sources documentaires secondaires exclusivement en anglais et en français.

Premier en date, le mouvement de police médicale lié au caméralisme germanique du XVIII^e siècle diffusera bien au-delà de ses frontières d'origine. Le "sanitary reform movement" ne marquera pas seulement la Grande-Bretagne au XIX^e siècle, mais influencera les premiers bureaux municipaux de santé publique, aux États-Unis comme au Canada. À peu près à la même époque, la France développe le concept d'hygiène publique, appelé lui aussi à trouver des observateurs attentifs en dehors du pays. En Allemagne, l'instauration du régime bismarckien d'assurances sociales marque un tournant important dans l'évolution du concept, comme la révolution pasteurienne. Aux alentours de 1900, un mouvement de protection de l'enfance se développera presque simultanément dans tous les pays étudiés.

Le concept d'hygiène sociale, qui apparaît entre les deux guerres mondiales, n'est pas sans rappeler celui de "médecine globale" qui marquera la réforme du système de santé du Québec des années 1970, visant à intégrer les anciennes structures d'hygiène publique et le nouveau régime de sécurité sociale. Les concepts de santé publique et d'hygiène publique disparaissent au profit de celui de santé communautaire.

Abstract:

The objective of this historical essay is to identify the principal international orientations that influenced the formation of the existing Public Health System in Québec. To do this, the study begins with the Western European notion of medical policing in the Enlightenment period and ends with Québec's reform of its Health Systems during the 1970's and the emergence of the concept of «global medicine». A step by step exposition of each country is not attempted here. Only the major milestones, derived exclusively from both English and French secondary sources, of the evolution of the concept of Public Health are laid out.

The first movement of medical policing was linked to 18th century German cameralism and was soon transported well beyond the German border. Similarly, the 19th century British "sanitary reform movement" did not remain confined to the British Isles, since it also made its mark on the first municipal offices of Public Health in the U.S.A. as well as in Canada. At about the same time, France developed its own concept of Public Health which also made an impact on outside observers. Again, in Germany, the installation of the Bismarckian regime of social insurance underlined an important turning point in the evolution of Public Health as did, in another way, the Pasteurian revolution in France. And, around the beginning of the 1900's, a child protection movement developed almost simultaneously within all the studied countries.

The concept of Social Hygiene, which appeared between the two World Wars and which sought to integrate the old structures of Public Hygiene with the new regime of Social Security, did not go unnoticed in the configuration of the concept of «global medicine» in Québec's reform of its Health System in the 1970's. And, finally, it is shown how the concepts of Public Health and Public Hygiene then gave way to a new concept of Community Health.

Mots clefs: Santé publique, police sanitaire, santé communautaire.

« L'incompréhension du présent naît fatalement de l'ignorance du passé. Mais il n'est peut-être pas moins vain de s'épuiser à comprendre le passé, si l'on ne sait rien du présent. »

Bloch, M. (1964). Apologie pour l'histoire ou le métier d'historien. *Cahier des Annales*, (3), 13-14.

Introduction

En 1935, lors de sa causerie d'ouverture à la radio pour la campagne d'éducation du Service provincial d'hygiène, Alphonse Lessard, directeur de ce service et figure de proue du courant québécois de santé publique de la première moitié du XX^e siècle, définit la santé publique comme « l'obligation pour les gouvernements de sauvegarder la santé des populations et défendre les vies contre les maux évitables qui les menacent » (Lessard, 1935).

Prise à la lettre, cette définition semble imputer la responsabilité de la protection de la santé à l'État. Ceci n'est pas surprenant; nous sommes en 1935; la crise de 1929 est à l'origine de ce que beaucoup d'observateurs appellent l'État Providence. Apparemment, le directeur du Service provincial d'hygiène passe sous silence l'initiative privée comme celle de la fondation Rockefeller. Il paraît ignorer les municipalités dans cet effort collectif de nos sociétés pour se défendre contre les maladies et leurs épidémies et pour promouvoir des conditions de vie favorisant le développement et le maintien des populations en bonne santé. De plus, l'expression promotion de la santé est absente du discours ce jour-là. En réalité, le discours d'Alphonse Lessard est ici tronqué. La socio-critique de beaucoup de ses textes produits durant la décennie 1926-1936 révèle des positions beaucoup plus nuancées concernant le champ de la santé publique et la pluralité de ses acteurs et actrices. Protection et promotion de la santé se complètent plus qu'elles ne s'opposent. La structuration de cet essai historique est conditionnée par l'objectif principal de cette étude qui vise à dégager les principaux courants internationaux qui ont influencé le façonnement du système de santé publique actuel du Québec et qui peuvent

expliquer cette évolution du concept et des pratiques de santé publique.

Ne pouvant suivre chaque pays, pas à pas, pendant près de deux siècles, nous avons tenu compte des travaux des historiens des sciences ou de la médecine et de leur consensus sur la segmentation de la période pour déterminer notre propre plan d'exposition dans le temps et dans l'espace. Nos sources documentaires secondaires étant exclusivement en anglais et en français et malgré l'appui sur des auteurs multilingues comme George Rosen et Henry Sigerist, notre revue de littérature réserve probablement une part trop belle à la France, à la Grande-Bretagne et aux États-Unis. De plus, la présentation chronologique n'échappe pas à une certaine conception optimiste et téléo-centrée de l'histoire, fortement imprégnée par une vision linéaire du développement humain, alors que la réalité est beaucoup plus chaotique, marquée de progrès mais aussi de stagnation et de retour en arrière.

Le Siècle des lumières et la “police médicale” de Johann Peter Franck

Une lecture rapide de l'histoire attribuerait facilement la naissance ou le réveil du mouvement de santé publique, en plein milieu du XIX^e siècle, au phénomène d'industrialisation et d'urbanisation des pays occidentaux. En réalité, ce courant puise ses racines au moins dans le siècle précédent et les causes de ce développement sont plus complexes et surtout plus nombreuses (Hannaway, 1974). Le XVIII^e siècle en Europe aurait été d'abord marqué par une redécouverte des principes d'Hippocrate et de Galien concernant l'harmonie à cultiver entre l'individu et la nature. Pour la bourgeoisie naissante, en particulier, l'hygiène est avant tout privée, basée sur la prise en main de ses propres conditions de vie avec le conseil éclairé de son médecin personnel (Coleman, 1974).

Le fait le plus significatif de l'époque serait le passage d'une charité chrétienne d'essence individuelle et qui faisait bon ménage avec l'éthique païenne, à sa laïcisation sous l'effet des monarchies absolues ou éclairées (Rosen, 1974). Dans les pays germaniques, un courant de pensée se développa et se formalisa dans les universités renaissantes, sous l'expression de caméralisme dont le mouvement de police médicale fait partie. Cette nouvelle idéologie défendait la conception d'un état tirant sa force de son auto-suffisance et de la productivité de sa population, s'appuyant sur une bureaucratie chargée de veiller sur la santé et le bien-être de celle-ci (Rosen, 1974).

Ce concept d'intervention de l'état dans le domaine de la santé et ce passage de l'hygiène privée à l'hygiène publique est particulièrement bien illustré par la pensée de Johann Peter Franck. Son oeuvre maîtresse intitulée *System einer Vollständigen medizinischen Polizei* est considérée comme le premier traité systématique d'hygiène (Abt-Garrison, 1965). L'expression police médicale doit être interprétée avec prudence. La traduction littérale ne rend pas le sens attribué à l'époque à la formule utilisée par Johann Peter Franck. Pour ce dernier, il s'agissait du rôle de l'administration publique dans le domaine de la santé et non pas de fonctions policières c'est-à-dire répressives, tel qu'on l'entend de nos jours (Kroeger, 1937).

Dans son traité, Franck aborde les problèmes de l'habillement, du logement, de la nourriture, de la construction des écoles, de l'éducation physique, de la maternité et du travail des enfants, mais aussi de l'eugénisme en rapport avec la protection de la santé (Rosen, 1957). La police médicale de Franck ne se contente pas de décrire, comme la topographie ou géographie médicale qui naît à peu près à la même époque et qui fleurira tout au long du siècle suivant. Elle prescrit. Cet interventionnisme légal et étatique proposé dans le domaine de la santé, à la fin du XVIII^e siècle, s'enracine dans un courant plus ancien de renforcement du pouvoir des monarchies en Europe et d'intérêt grandissant pour les problèmes de population dont la densité conditionnerait la force des nations. Ce mouvement, décrit par les pionniers de l'économie politique

sous le nom de mercantilisme ou dans l'univers germanique, de caméralisme, considère que la raison d'état justifie la mise en place d'une administration chargée de solutionner les problèmes de santé et de bien-être selon des normes qu'elle édicte elle-même (Rosen, 1952).

Johann Peter Franck ne fut pas le seul à développer un enseignement de cette nouvelle police médicale bien qu'il y ait probablement joué un rôle de stimulant. Parmi ses contemporains, Hebenstreit, à Leipzig, en 1791, dans son traité *Lehrsatze des medizinischen Polizeiwissenschaft*, définit la police médicale comme la science qui enseigne comment appliquer les principes diététiques et médicaux à la promotion, au maintien et au recouvrement de la santé publique (Rosen, 1957). Ce concept aurait pris la place de celui de *sanitatis publicae* dont on retrouve l'utilisation dans les traités antérieurs d'auteurs allemands décrivant également les obligations de l'état en matière de santé et de maladie, mais en latin (Rosen, 1952).

Reconnaître l'originalité du concept de Franck ne doit pas en effet conduire à sous-estimer les efforts entrepris auparavant par les états-cités méditerranéens pour lutter contre les maladies dites quaranténaires. La lutte contre la lèpre et la peste avait, depuis le Moyen-Âge, conduit à la fondation des lazarets et à l'établissement de cordons sanitaires comme moyens privilégiés de prévention. Celle-ci reposait sur la contrainte avec déclaration obligatoire auprès des autorités politiques, désignation des maisons infectées, isolement des malades et des suspects à domicile, dans un lazaret ou dans leur maison pendant 40 jours, interdiction de communication sauf par l'intermédiaire de médecins et apothicaires. Ces pratiques vont être remises en cause au XIX^e siècle par le courant des anti-contagionnistes qui contestent leur efficacité et surtout dénoncent les entraves qu'elles apportent au commerce international.

L'impact lui-même du concept de police médicale sur la réalité de la législation et de l'administration des états allemands ou germanophones de l'époque ne paraît pas avoir été à la hauteur des espérances de leurs concepteurs. Il faudra probablement attendre la

naissance en Prusse, de l'État-Providence, dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, pour voir se concrétiser le rôle central de son administration à propos des problèmes d'assurances sociales.

Ce mouvement de police médicale ainsi défini comme une intervention de l'état dans le domaine de la santé de toute la population n'est pas spécifique au monde germanique du XVIII^e siècle. L'Italie bénéficierait même d'une longue tradition dans ce domaine en particulier pour contrôler les épidémies et les maladies transmissibles en général. Les idées de Franck vont être ainsi facilement reprises par de nombreux médecins italiens au début du XIX^e siècle.

Le concept de police médicale va aussi circuler dans d'autres pays culturellement en contact comme la Russie, le Danemark et la Hongrie. En Grande-Bretagne, le concept va apparaître précocement à la fin du XVIII^e siècle mais il sera rapidement réduit à sa seule dimension d'hygiène publique ou de santé publique tel qu'exprimé au travers du *Sanitary Movement*. Dans ce pays, en effet, c'est le gouvernement local, c'est-à-dire la paroisse et le comté, qui intervient dans le domaine des soins aux pauvres jusqu'à ce que la révolution industrielle déséquilibre le système établi sous le règne d'Elizabeth I^{ère}.

En France, le mercantilisme influencera lui aussi fortement, au XVIII^e siècle, les initiatives de la monarchie dans le domaine de l'organisation sanitaire. Cependant, en rejetant cette monarchie au travers de sa révolution de 1789, le pays va élaborer une nouvelle voie et s'appuyer sur sa tradition révolutionnaire pour forger le concept d'hygiène publique.

La France du début du XIX^e siècle et l'hygiène publique

Pour Coleman, c'est dans la France de la Restauration (1815-1848) que l'hygiène publique se serait constituée comme science (Coleman, 1982). Durant cette période, le pays se développe de manière accélérée sur le plan industriel, avec toutes les conséquences sociales et sanitaires que l'on retrouve actuellement

dans les pays dits en développement, en particulier l'urbanisation sauvage pourvoyeuse d'une forte morbidité et d'une surmortalité. La communauté médicale française de l'époque est en pleine expansion quant à ses effectifs mais surtout à ses capacités innovatrices: c'est l'époque de l'école anatomo-clinique de Paris (Ackerknecht, 1986).

Le pays va profiter de l'expérience accumulée, lors des campagnes de la Révolution et napoléoniennes, par ses médecins militaires confrontés alors à des problèmes de santé de masse. Durant cette période, le saint-simonisme et les philosophies sociales illustrées par Jean Baptiste Say, Fourier ou Proudhon s'épanouissent, expliquant l'enracinement du mouvement de santé publique bien au-delà du milieu médical proprement dit. Pour Coleman, il existe cependant un divorce entre la structuration scientifique de l'enquête médico-sociale brillamment illustrée par Louis René Villermé ou ses contemporains du même courant et leurs options libérales en matière d'économie politique. Celles-ci sont conditionnées par leur appartenance à la classe bourgeoise. Ceci expliquerait le décalage entre le tableau plutôt dramatique de la situation sanitaire des classes laborieuses qu'ils peignent et leur réformisme très prudent ne remettant pas en cause le progrès par l'industrialisation.

C'est entre 1830 et 1840 que l'expression hygiène publique ou salubrité publique se serait imposée sur la scène publique et dans les écrits de ceux qui vont contribuer à créer, en 1829, puis alimenter par leurs écrits, les "Annales d'hygiène publique et de médecine légale" (Coleman, 1982). Avec Villermé et l'école française des observateurs médico-sociaux de la Restauration, la méthode numérique appliquée par P.C.A. Louis à l'étude clinique des maladies va être étendue à celle de la description des conditions sociales et de la mortalité dans les collectivités (Lilienfield, & Lilienfield, 1977). Cette apparition de l'hygiène publique aura été précédée, lors de la dernière décennie du Siècle des lumières, d'un intérêt marqué pour l'analyse des conditions des malades et des pauvres, donnant naissance à la législation sociale de la Révolution et du Consulat et à ce qu'on appellera l'assistance

publique. Les deux concepts d'hygiène publique et d'assistance publique sont déjà là, présents, bien qu'ils cohabitent plus qu'ils ne se complètent.

La création d'une chaire d'hygiène à l'École de médecine de Paris, en 1794, permet de suivre l'évolution de cette nouvelle science défendue déjà par Vicq d'Azyr et la Société royale de médecine avant la Révolution. Progressivement, les manuels d'enseignement de l'hygiène accordent plus de place à l'hygiène publique, par opposition à l'hygiène privée (Coleman, 1982). Certains de ces manuels, comme le traité d'hygiène publique et privée de Michel Levy, publié pour la première fois en deux volumes à Paris en 1844-1845 et réédité maintes fois, feront autorité en la matière pendant très longtemps (Ackerknecht, 1948 a).

C'est pendant cette période que vont être créés les conseils d'hygiène et de salubrité des grandes villes sur le modèle de celui de Paris et de la Seine, fondé en 1802, complétant ainsi le réseau de surveillance sanitaire des médecins cantonaux des épidémies, introduit par la Société royale de médecine à la fin du XVIII^e siècle. Le rôle avant-gardiste de la France dans ce domaine est à son zénith lorsque François Mélier, inspecteur général des services sanitaires du gouvernement français, convoque la première conférence sanitaire internationale en 1851. Ce courant d'hygiène publique va ralentir en France dans la seconde partie du XIX^e siècle, malgré l'engagement politique de nombreux médecins en faveur d'une législation de santé publique. Ces derniers, en effet, vont moins bien réussir à concrétiser leurs idées sociales que leurs confrères anglais ou allemands en raison, semble-t-il, d'un manque de support de l'administration d'hygiène publique dont les titulaires sont souvent des médecins s'intéressant plus à l'hôpital et à la pratique libérale qu'à leur charge officielle et d'une mauvaise volonté des leaders politiques à reconnaître les besoins sociaux de la nation (Ellis, 1990; Goubert, 1986).

Le mouvement d'hygiène publique, ainsi développé en France par ceux que l'on appelait fréquemment les philanthropes, ne peut être dissocié de cette "épidémie de la pauvreté"

observée lors de l'industrialisation du pays. La France prend le leadership en matière d'hygiène publique entre 1815 et 1848 (Ackerknecht, 1948 b). Selon Ackerknecht, cette période française, fertile en écrits mais aussi en pratiques d'hygiène ou santé publique, aurait été passée sous silence par beaucoup d'historiens de la santé parce que leurs auteurs et acteurs auraient été de pieux chrétiens, anti-contagionnistes et moins tonitruants que des personnages comme Chadwick ou Pattenkofer qui eux aussi étaient pourtant plutôt anti-contagionnistes.

La Grande-Bretagne du milieu du XIX^e siècle et l'éveil du *Sanitary Movement*

La Grande-Bretagne de la première moitié du XIX^e siècle est marquée par une accélération du processus d'industrialisation accompagné d'un fort mouvement d'exode rural. La population du pays double durant cette période passant de neuf à dix-huit millions, augmentée par de nombreux immigrants irlandais pauvres, mais aussi par des réfugiés politiques du continent européen (Hodgkinson, 1973).

Alors qu'ils s'étaient améliorés dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, les taux de mortalité générale et de mortalité infantile stagnent ou se détériorent pendant toute la première moitié du XIX^e siècle, pour ne recommencer à baisser que dans le dernier quart du siècle. L'espérance de vie à la naissance dans les villes industrielles, en 1850, se situe entre 18 et 25 ans alors qu'elle est estimée autour de 40 ans dans l'ensemble du pays. Les épidémies effectuent des coupes sombres dans la population. Le mouvement de santé publique connu sous le nom de *Sanitary Reform Movement* est souvent lié par les historiens au *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, signé par Edwin Chadwick et publié en 1842. Fortement influencées par les premières graves épidémies de choléra, les racines britanniques du mouvement seraient d'origine écossaise (Hodgkinson, 1973). L'école

de médecine d'Edimbourg aurait été la première en Grande-Bretagne à intéresser ses étudiants aux problèmes de santé publique, engageant, en 1807, le premier professeur de *Medical Jurisprudence and Medical Police*. C'est à Edimbourg que Southwood Smith, Kay et Percival, pionniers du *Sanitary Movement*, élargirent leur vision de la médecine à son contexte social. Southwood Smith, médecin d'un hôpital de contagieux de Londres, est considéré comme le principal théoricien anti-contagionniste, combattant la quarantaine comme mesure de lutte contre les épidémies mais prônant l'action sur les conditions sanitaires environnementales à l'origine de la maladie.

C'est d'ailleurs cette théorie qui va être défendue dans le rapport signé par Chadwick comme secrétaire de la Commission royale d'enquête sur la *Poor Law*. Cette commission avait été instituée dix ans avant la publication du rapport, en raison des charges excessives qui pesaient sur les municipalités administrant la *Poor Law*. Chadwick, appartenant à un petit groupe de fidèles ou amis de Bentham, avec Southwood Smith et Neil Arnott, va alors prendre conscience, à partir de cette enquête, de la gravité de l'état sanitaire des pauvres et de l'existence de causes qui pourraient être prévenues par une action sur l'environnement physique et social (Lewis, 1952).

L'originalité du rapport de 1842 repose sur l'importance accordée à l'environnement physique comme condition affectant l'état de santé des classes laborieuses. La démarche est convaincante, utilisant l'argument du nombre, et très pragmatique, estimant les coûts sauvés pour les paroisses par des mesures d'assainissement, principalement la collecte des eaux usées et l'alimentation en eau potable. En focalisant l'attention sur la relation entre l'état de santé des gens des villes et leur micro-environnement urbain, le rapport signé par Chadwick va contribuer puissamment à structurer le champ de la santé publique dans le monde occidental industrialisé sur le triple plan technique, légal et politique. En proposant de recruter pour la surveillance sanitaire de chaque district non seulement un médecin indépendant de la

pratique privée mais surtout un ingénieur, le rapport fait reposer sur ce dernier l'essentiel de l'action engagée par le *Sanitary Movement*.

Il faudra attendre cependant la seconde pandémie de choléra pour que les autorités politiques se décident à produire la loi de santé publique de 1848 et à installer un *General Board of Health*, la même année. Il n'aura qu'une existence éphémère. Par contre, durant les années qui suivront la publication du rapport et la promulgation de la première grande loi sur la santé publique, beaucoup de grandes municipalités britanniques recruteront un *medical officer of health* dont le contour de la tâche professionnelle et le statut juridique avaient été préparés par la *Health Towns Association* (Paterson, 1948).

Le débat en Grande-Bretagne autour de l'avenir du *Sanitary Movement* est indissociable de celui qui touche le rapport entre le pouvoir central de l'état — vivement défendu par Chadwick, ce qui causera d'ailleurs sa mise à l'écart par le puissant lobby des partisans du laissez-faire — et le pouvoir des municipalités. C'est Simon, beaucoup plus diplomate que Chadwick, qui sera l'un des premiers à mettre en application la réforme sanitaire à partir de son premier poste de *Medical Officer of Health* de la cité de Londres, puis d'officier médical du Conseil privé, cette dernière instance ayant récupéré la fonction du *General Board of Health* (Lambert, 1963).

En 1871, la loi intitulée *Local Government Board Act* abolit la structure de la *Poor Law* et dessine les nouvelles structures de santé publique qui vont être mises en place en Grande-Bretagne. Elles seront basées sur le concept de district sanitaire rural ou urbain et animées par deux fonctions à plein temps: celle du *Medical Officer of Health* et celle du *Sanitary Inspector*. La création du *Local Government Board*, en 1871, consacre ainsi la fusion de l'administration de la *Poor Law* avec celle de la santé publique (Cartwright, 1977).

L'Allemagne de la fin du XIX^e siècle et la naissance de la sécurité sociale et de la médecine sociale¹

Santé publique et sécurité sociale constituent deux courants d'organisation des services de santé qui se sont longtemps développés parallèlement avant qu'on tente de les unifier dans un système de santé intégrant soins, prévention, protection et réhabilitation. Le premier véritable régime de sécurité sociale élaboré par Bismarck, en Allemagne, à partir de 1883, va servir de modèle à beaucoup de pays européens qui l'adopteront de la fin du XIX^e siècle au début du XX^e siècle. Ce premier système d'assurances obligatoires couvrait les accidents du travail, la maladie, la vieillesse, l'invalidité et le chômage.

Comme Sigerist l'indique, l'initiative bismarckienne aura été préparée de longue date, résultat d'un compromis historique entre des forces personnalisées par Bismarck d'une part, et celles représentées par les révolutionnaires de 1848, de l'autre (Sigerist, 1943).

Trois principes sont à la base de la médecine sociale défendue par Rudolf Virchow, Salomon Neumann et Rudolf Leubuscher, trois des représentants médicaux les plus connus de ce courant révolutionnaire (Rosen, 1958). Le premier principe affirme que la santé du peuple est une affaire qui concerne la société elle-même. Le second attribue aux conditions économiques et sociales des effets importants sur la santé et ces effets peuvent être l'objet d'étude scientifique. Le troisième principe, qui découle des deux premiers, appelle à une action non seulement médicale mais aussi sociale pour promouvoir la santé et combattre la maladie.

Le concept de police médicale et d'hygiène va éclater en plusieurs éléments, du moins dans les écrits des penseurs sociaux germanophones de la deuxième moitié du XIX^e siècle. Edward Reich, dans son "Système des hygiènes", publié en 1870-1871 en deux volumes, identifie quatre branches à l'hygiène:

moral hygiene, social hygiene, dietetic hygiene and police hygiene (Rosen, 1974). Pour Rosen, la dernière ressemblerait à l'administration de la santé publique, l'avant-dernière coïnciderait avec l'hygiène personnelle (ou individuelle, ou privée), la seconde engloberait à la fois le travail social et ce qui s'appellera tout au long de la première moitié du XX^e siècle, la médecine sociale. La première serait une combinaison de psychologie sociale, de sociologie et d'éducation pour la santé. Cette large conception de l'hygiène qui repousse les frontières de la santé publique très au-delà du courant dit du *Sanitary Movement* est reprise et défendue de manière plus académique par Max Von Pettenkofer, en 1873, à Munich. Ce dernier a fait de l'hygiène publique une science expérimentale (Von Pettenkofer, 1941).

Ce mouvement de médecine sociale de la deuxième moitié du XIX^e siècle, dans cette Allemagne qui se constitue comme puissance hégémonique en Europe, va être récupéré par le national-réformisme de Bismarck. La nouvelle science médicale naissante, la bactériologie, illustrée par Robert Koch, va contribuer encore plus à repousser en périphérie le mouvement de médecine sociale initié par Virchow et ses compatriotes révolutionnaires de 1848 (Rosen, 1974).

Le Mouvement de protection de l'enfance autour de 1900 en France et en Grande-Bretagne

Les racines du mouvement de protection des enfants apparaissent dès la fin du XVIII^e siècle, en Grande-Bretagne comme en France. L'importance accordée à la population, principale richesse des états-nations naissants, amène ces derniers à promouvoir des mesures pour corriger la mortalité infantile très élevée de l'époque mais aussi la mortalité maternelle. Le premier dispensaire pour enfants pauvres aurait été ouvert à Londres en 1769 par Georges Armstrong (Rosen, 1958). Pour les historiens des mentalités comme Philippe Aries, au cours de la seconde moitié du XVIII^e siècle, des changements importants vont survenir dans les

comportements procréateurs et concernant la place de l'enfant dans la famille, qui vont façonner le visage de ce mouvement de protection de l'enfance (Aries, 1971).

Le modèle d'histoire de la famille qu'il propose expliquerait ce nouvel intérêt, les sociétés anglaise et française qu'il compare passant à un rythme différent et selon des combinaisons propres à leur structure sociale, d'un type fécond à un type malthusien. Dans le premier, « la personne de l'enfant est négligée. Seuls importent le patrimoine et la main-d'œuvre que représente l'enfant. Dans le second, la fortune du ménage repose essentiellement sur l'enfant et son avenir » (Aries, 1971). Philippe Aries, dans un autre ouvrage, laisse entendre que l'invention de l'enfance serait bien antérieure à Jean-Jacques Rousseau (Aries, 1977). De plus, les deux types de comportement familiaux vis-à-vis de l'enfant sont loin de se succéder dans le temps de manière linéaire, les deux modèles pouvant coexister dans une même société. Des retours en arrière peuvent survenir comme l'augmentation du taux de mortalité infantile constatée en Angleterre et en France en plein milieu du XIX^e siècle.

Même si les États-Unis vont jouer plus tard un rôle important dans l'application des nouvelles sciences microbiologiques aux pratiques de santé publique concernant la mère et l'enfant, les premières initiatives du mouvement en faveur de l'enfance sont apparues, semble-t-il, en France d'abord, et à peu près en même temps en Grande-Bretagne. Les raisons de cette apparition à ce moment-là sont complexes mais seraient liées à une résurgence du mercantilisme (Rosen, 1958). En France, en particulier, la prise de conscience sous la troisième république du "péril démographique", c'est-à-dire du dépeuplement relatif de la France par rapport à l'Allemagne, constitue un des enjeux majeurs de cette politique en faveur de la mère et de l'enfant, l'enfance devenant le "principe même de la survie de la nation" (Rollet-Echalier, 1990).

En France, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, le mouvement d'hygiène publique, en plus de l'action d'assainissement des villes

(dont l'ampleur demeure modeste par rapport à la Grande-Bretagne) va comporter une dimension importante d'intervention auprès de l'enfance, surtout les enfants en nourrice et placés en milieu rural. Des lois importantes sont d'abord promulguées comme la loi Roussel (1874) sur la protection des enfants placés en milieu rural chez des nourrices; rapidement, avec l'ère pasteurienne, le mouvement se déplace vers le milieu urbain. À la visite à domicile du médecin inspecteur départemental va succéder la consultation de nourrisson sans ou avec goutte de lait dont les formules seraient inventées respectivement par Théophile Budin à Paris et Léon Dufour à Fécamp (1894).

En Grande-Bretagne, c'est également à la fin du XIX^e siècle que s'amorce le mouvement en faveur de la protection sanitaire des enfants. Comme en France, semble-t-il, des lois et des actions concrètes furent d'abord mises en place pour contrôler le travail des enfants dans les usines (*Factory Act 1833*) et protéger les bébés en nourrice à la campagne (*Infant Life Protection Act 1872*). L'allaitement maternel fut encouragé par de nombreuses associations qui fleurirent à cette époque ainsi que par de nombreux médecins. La première goutte de lait est ouverte en 1899 à St-Helens et la première consultation d'enfants à Liverpool en 1907. Éducation des mères, dépôts de lait et consultation de nourrissons deviennent les trois éléments de base qui vont structurer le service de bien-être à l'enfant (Woods, & Woodward, 1984). S'appuyant sur la déclaration obligatoire des naissances (1907), la visite à domicile systématique par une infirmière va être instituée. Plus qu'en France, probablement, ce mouvement est l'œuvre des autorités locales, bien que l'état central légifère sur la profession de sage-femme (*Midwives Act 1902*) et intervienne pour améliorer la santé des écoliers: soutien législatif aux cantines scolaires en 1906 et inspection médicale dans les écoles peu après 1907.

La période autour de 1900 est marquée par une intense activité internationale en faveur de l'enfance. Le premier congrès international sur la protection de l'enfance se tient à Paris en 1883. À cette époque, tous les pays participants sont alarmés par les taux élevés de mortalité

infantile qui déciment encore leurs populations infantiles. Les moyens de lutte relèvent alors soit de mesures de santé publique: assainissement, vaccination et quarantaine, soit de mesures de protection sociale des groupes vulnérables comme les enfants illégitimes ou les orphelins.

Dès la fin du XIX^e siècle, toutes ces mesures vont être transformées par un puissant mouvement d'éducation des mères souvent initié par des médecins et facilité par la révolution pasteurienne appliquée à l'alimentation du nourrisson. La précocité de l'apparition de ce mouvement dans un pays par rapport à un autre demeure très controversée. Elle est souvent l'enjeu de batailles chauvines plutôt que le résultat d'analyses chronologiques serrées. Le mouvement des gouttes de lait et des consultations pour nourrissons serait né simultanément plutôt que successivement en France, en Belgique, en Grande-Bretagne, aux États-Unis, en Allemagne, en Italie ou en Espagne. De même, la Bavière se serait dotée, avant la France et la Grande-Bretagne, d'une législation sociale d'état pour protéger les enfants illégitimes ou abandonnés. Les rapports des deux premiers congrès internationaux des gouttes de lait tenus respectivement à Fécamp en 1905 et à Bruxelles en 1907 rapportent des expériences de cette institution, sous des noms variés, dans de nombreux pays dans le monde pas seulement en Europe mais aussi en Amérique, sans préciser cependant l'ampleur de ce mouvement et son impact sur l'état de santé des enfants ou alors en l'exagérant énormément.

Le mouvement de protection de l'enfance est indissociable de celui qui se développe en faveur de la maternité. La dernière moitié du XVIII^e siècle avait été marquée par des progrès substantiels dans l'art de l'accouchement et, dans certains pays européens, la formation des sages-femmes avait été instituée ou renouvelée (Castiglioni, 1931). À la fin du XIX^e siècle, l'antisepsie et l'asepsie se répandent mais très peu de femmes accouchent encore en milieu hospitalier. Des initiatives privées vont apparaître dans divers pays pour conseiller les femmes enceintes et pour mettre en place les visites à domicile avant et après l'accouche-

ment. Les consultations des nourrissons qui se développent en France et en Grande-Bretagne aux alentours de 1900 vont s'accompagner de consultations prénatales.

L'efficacité de toutes ces mesures pour combattre la mortalité maternelle demeure controversée. Entre 1870 et la fin du siècle, le taux de mortalité maternelle va baisser dans beaucoup de pays industrialisés, grâce semble-t-il à l'application des mesures d'asepsie et d'antisepsie. Il va alors demeurer en plateau jusqu'au milieu des années 1930 où il amorce une chute très rapide qui correspondrait à l'arrivée des sulfamides sur le marché thérapeutique (Loudon, 1988).

Les États-Unis de la première moitié du XX^e siècle et le *modern public health movement*

À la fin des années 1880, le mouvement contagionniste triomphe définitivement avec la découverte par Pasteur du mécanisme de la fermentation et la mise en évidence des microbes qui sont à l'origine des maladies transmissibles. Pour George Rosen, deux courants vont alors se développer: le premier en Allemagne, avec Robert Koch, va se consacrer essentiellement à la mise au point de techniques pour cultiver et étudier les bactéries; le second en France, avec Louis Pasteur et les pasteuriers, s'intéresse plus au mécanisme de l'infection ainsi qu'à la prévention et au traitement des maladies infectieuses (Rosen, 1964).

En réalité, un troisième courant d'application de la bactériologie à la santé publique peut être identifié, qui s'épanouit aux États-Unis pendant la première moitié du XX^e siècle. Utilisant dès la fin du XIX^e siècle les découvertes de la bactériologie, introduite aux États-Unis entre 1870 et 1885, William T. Sedgwick, chef du département de biologie et de santé publique au M.I.T. (*Massachusetts Institute of Technology*) va ainsi faire passer très rapidement le pays d'une période d'assainissement environnemental "empirique" à celle du contrôle scientifique des maladies transmissi-

bles (Winslow, 1984). Ceci ne signifie pas pour autant qu'il n'y avait pas eu aux États-Unis un mouvement d'hygiène ou de santé publique plus tôt au XIX^e siècle (Smillie, 1955). Directement inspiré des travaux de Chadwick et de Simon, le *Report of the Massachusetts Sanitary Commission* publié en 1850 sous la signature de Lemuel Shattuck marque l'influence britannique du *Sanitary Movement*. De nombreux départements de santé d'État verront le jour entre 1869 et 1877 (Rosen, 1958). Malgré ces succès antérieurs à la naissance de la bactériologie et à la création d'un éphémère *National Board of Health* en 1879, ce sont les découvertes pasteurienues qui vont permettre de bâtir une nouvelle santé publique basée sur la conquête des maladies transmises par l'eau, le lait, les aliments et les insectes (Winslow, 1952). Les États-Unis vont être le premier pays industrialisé à se doter d'un réseau de laboratoires de santé publique.

Ces laboratoires vont être à l'ère micro-biologique de la santé publique au XX^e siècle, ce que les bureaux de santé avaient été lors du *Sanitary Reform Movement* au XIX^e siècle (Rosen, 1964). Ils vont permettre de contrôler de manière plus efficace les maladies transmissibles en ciblant les actions dirigées jusqu'alors de manière dispersée sur l'environnement. Ceci ne signifie pas pour autant le rejet de la voie tracée par les observateurs sociaux du XIX^e siècle (Latour, 1984). De plus, l'appréciation de l'efficacité de ces nouvelles actions de santé publique basées sur les découvertes microbiologiques par rapport à celles qui dérivait de l'observation des promoteurs du *Sanitary Movement*, demeure controversée.

Les sciences biochimiques vont contribuer à façonner les deux courants qui vont dominer la scène de la santé publique aux États-Unis: le premier, environnementaliste ou d'ingénierie et qui existait déjà en Europe au XIX^e siècle; le second, biomédical ou explicatif des maladies considérées comme spécifiques. Un troisième courant socio-politique va se nourrir du progrès rapide des sciences sociales appliquées à l'analyse des problèmes socio-sanitaires. S'inspirant des traditions des observateurs sociaux du XIX^e siècle comme Villermé, Chadwick, Virchow et Schattuck, de

nombreuses enquêtes sociales vont être entreprises qui vont donner naissance à un puissant courant de sociologie médicale et orienter en particulier la santé publique vers l'éducation sanitaire (Rosen, 1976).

Cette nouvelle santé publique (*Modern Public Health Movement* de Winslow) va mettre l'accent sur l'hygiène personnelle et le dépistage, s'appuyant sur le paradigme de la transmission microbienne et prenant acte des limites d'une intervention sur l'environnement (Apple, 1987). De nombreuses initiatives publiques et privées vont naître entre le début du siècle et la crise économique de 1929 pour éduquer les populations des villes et des campagnes au travers d'une véritable croisade en faveur de la puériculture ou pour lutter contre la tuberculose et les maladies vénériennes (Meckel, 1990).

Malgré la mise en place de structures fédérales de santé publique comme l'éphémère *National Board of Health* (1879-1883), et le *Marine Hospital Service* avec à sa tête le *Surgeon General*, le pouvoir d'intervention dans ce domaine relève essentiellement de chacun des États. Ceci contribue à expliquer les échecs répétés depuis la fin de la première guerre mondiale pour mettre en place un système national d'assurance sociale sur le modèle de ceux qui avaient été installés dans la plupart des pays industrialisés européens. Alors que Winslow et l'influente A.P.H.A. (*American Public Health Association*) ne cachent pas leur attrait pour le modèle soviétique de santé publique, le nouveau concept de médecine sociale que diffuse alors ce modèle va provoquer la résistance de la toute-puissante A.M.A. (*American Medical Association*) opposée à toute étatisation de la médecine (Starr, 1982).

Le *Modern Public Health Movement* se réfugie aux États-Unis dans les écoles de santé publique qui s'épanouissent entre les deux guerres mondiales. Il diffuse cependant dans le pays au travers des nombreuses associations volontaires comme le *National Association for Study and Prevention of Tuberculosis* et va influencer très fortement les travaux de la Société d'hygiène de la Société des nations ainsi que l'action internationale de la fondation

Rockefeller qui va financer de nombreux projets de santé publique dans le monde entre les deux guerres.

Origine et développement du concept de médecine sociale

Rosen fait remonter le concept de médecine sociale au début du XVIII^e siècle avec l'émergence du mercantilisme et plus précisément du caméralisme en Allemagne (Rosen, 1972). L'expression médecine sociale serait apparue pour la première fois en 1848 sous la plume de Jules Guérin bien que le terme d'hygiène sociale ait été utilisé dès 1838 par Rochoux pour désigner l'hygiène publique et l'opposer ainsi à l'hygiène individuelle ou privée. Pour Guérin, la médecine sociale serait composée de quatre parties:

1. la physiologie sociale qui étudie la relation entre les conditions physiques et mentales d'une population et les lois ou les institutions sociales;
2. la pathologie sociale qui étudie la relation entre les problèmes sociaux et la santé ou la maladie;
3. l'hygiène sociale qui détermine les mesures pour promouvoir la santé et prévenir la maladie;
4. la thérapie sociale qui consiste à fournir les mesures médicales ou autres pour traiter la désintégration sociale (Rosen, 1972).

L'idée de médecine sociale va être reprise et appliquée par le groupe de Salomon Neumann, Rudolf Virchow et Rudolf Leubuscher durant la révolution de 1848 en Allemagne. Pour le premier, «*Medical science is essentially a social science* » et pour le second, «*Medicine is a social science, and politics, nothing but medicine on a grand scale* » (Rosen, 1972). L'idée de médecine sociale va diffuser largement en Europe durant toute la seconde moitié du XIX^e siècle avec des périodes de flux et de reflux selon les pays, les expressions santé publique, médecine sociale et hygiène sociale étant souvent interchangeables.

Avec l'avènement de la bactériologie et le triomphe des sciences expérimentales en médecine, le concept de médecine sociale paraît subir une éclipse à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle pour réapparaître entre les deux guerres mondiales. Cette réapparition avait été préparée par le développement du concept d'hygiène sociale autour d'Alfred Grotjahn à Berlin durant le premier quart de ce siècle. Ce dernier, prenant conscience de la conception bismarckienne, trop étroitement médicale, des assurances sociales, met à nouveau l'accent sur l'importance de l'analyse sociologique des problèmes de santé en utilisant les méthodes de la statistique, de la démographie, de l'anthropologie, de l'économie et de la sociologie.

L'URSS fut probablement la première nation industrialisée à se doter d'un système de santé complètement intégré. Les commissariats politiques, au niveau central et dans chaque république, contrôlent bien entendu le champ traditionnel de la santé publique: l'assainissement, la lutte contre les maladies et l'inspection sanitaire. L'idéologie de la révolution et en particulier le droit à la santé pour tout le peuple ainsi que la pression de la demande de soins formulée par les comités de santé des unités de production vont entraîner aussi le développement de tout le système de soins. Du fait du mode de financement et de la structure de gestion pyramidale, un modèle intégré de système de santé va rapidement émerger entre les deux guerres mondiales et souvent servir de référence à des auteurs comme Henry Sigerist ou René Sand. Alors que le premier s'y réfère explicitement (Sigerist, 1960), le second s'appuie plutôt sur la tradition des socialistes utopistes d'Europe occidentale.

On retrouve également dans le bulletin de l'organisation d'hygiène de la Société des nations de nombreux écrits qui indiquent cette forte attraction de l'expérience soviétique. Le modèle soviétique des années 1920-1940 s'appuie sur quatre pôles d'activités sanitaires: 1) la promotion de la santé ; 2) la prévention de la maladie ; 3) le traitement des malades ; et 4) leur réhabilitation (Sigerist, 1960).

À cette époque, la promotion de la santé est synonyme de campagnes d'éducation sani-

taire pour développer de saines habitudes de vie, depuis le jardin d'enfant jusqu'aux usines. La participation des travailleurs pour améliorer les conditions sanitaires de leur environnement immédiat est également sollicitée au travers de nombreux comités de santé. Pour Sigerist, le succès de l'éducation sanitaire en URSS est lié à son couplage avec l'éducation politique. La promotion de la santé s'intéresse beaucoup également au développement de la culture physique, l'objectif étant de produire une génération *ready for labor and defense*. Le développement des loisirs et du tourisme social va dans le même sens.

Le système de santé mis en place en Union Soviétique cherche à briser la dichotomie traditionnelle entre médecine préventive et curative en espérant beaucoup d'une structure de direction unique. C'est la polyclinique qui va être la structure de cette intégration des activités préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Enfin, durant cette époque, de très grands efforts vont être déployés pour réinsérer les handicapés dans les structures de production.

Andreja Stampar, réorganisateur après la première guerre des services de santé du nouveau royaume de Serbie, Croatie et Slovénie, est probablement l'un des porteparole les plus célèbres de ce nouveau courant de médecine sociale. Lui-même définit celle-ci en 1923 comme : « *A science dealing with the study of the mutual interlacing of social and pathological conditions in people's life and with the developing of measures of social character for the improvement of people's health* » (Stampar, 1966).

Pour ce médecin militant qui considérait que tout praticien de la médecine devrait être en même temps un éducateur et un travailleur social, la médecine sociale est plus que l'hygiène sociale qui concerne la prévention et le traitement des maladies comme la tuberculose et les maladies vénériennes par des mesures sociales. Elle ne se réduit pas non plus à l'établissement d'assurances sociales pour couvrir le risque de maladie.

En Grande-Bretagne, le concept de médecine sociale se constitue par réaction

contre la médecine expérimentale, de laboratoire et spécialisée, cherchant à réhabiliter la médecine générale enracinée dans la communauté. Pour John Ryle, premier directeur de l'Institut de médecine sociale d'Oxford (1943), celle-ci correspondait à une troisième étape de la prévention. La première avait été illustrée par le mouvement sanitaire du XIX^e siècle et la seconde en continuité avec la première s'est attaquée à des infections chroniques comme la tuberculose et les maladies vénériennes. Le temps était venu d'identifier les déterminants de la bonne santé, de prévenir la maladie et de construire la santé en s'appuyant sur des réformes socio-sanitaires (Porter, 1992).

René Sand, à Bruxelles, s'appuyant en particulier sur Ryle, définit la médecine sociale comme « l'art de prévenir et de guérir considéré, dans ses bases scientifiques comme dans ses applications individuelles et collectives, du point de vue des rapports réciproques qui lient la santé des hommes à leur condition » (Sand, 1948). La médecine sociale serait le point de convergence des grands courants historiques qui lui ont donné naissance, c'est-à-dire assurances sociales, médecine du travail, médecine préventive, hygiène publique et sociale, avec les sciences de l'homme: démographie, anthropométrie, biologie, psychologie, sociologie (Anciaux, 1988).

La médecine sociale apparaît ainsi « comme l'adaptation de l'art médical aux besoins de l'époque, sous l'action inévitable des forces scientifiques, économiques et morales qui mènent les sociétés vers leur destin » (Sand, 1948).

Le Canada et le Québec et l'émergence du courant de médecine globale

Du fait de son statut politique mais aussi par affinité culturelle, le Canada va bénéficier d'un courant d'échange privilégié avec les nouvelles idées développées en pleine ère victorienne par Chadwick et ses contemporains (MacDougall, 1984). C'est probablement cette

situation qui va provoquer la création du *Provincial Board of Health* en Ontario, en 1882, puis du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, en 1886, l'action de santé publique au Canada prenant appui comme dans le reste de l'empire britannique sur la grande loi de santé publique de 1875 adoptée en Grande-Bretagne (Heagerty, 1928).

Ce modelage sur les structures de santé publique de la Grande-Bretagne doit cependant être nuancé, en particulier pour le Québec. L'analyse de l'origine des unités sanitaires de comté dans cette province indique plutôt la conjonction d'une initiative provinciale mûrie de longue date et d'une opportunité venue de la fondation Rockefeller qui subventionne le mouvement à ses débuts. Le même courant d'échange privilégié, cette fois-ci du Canada anglais avec son voisin du sud, est retrouvé dans certains secteurs de la santé publique comme l'hygiène scolaire qui s'inspire des expériences menées à New York (Sutherland, 1988). Heagerty va jusqu'à suggérer que «*Following the conquest, nothing was done to enforce existing regulations, and public health was much neglected*» (Heagerty, 1928). C'est peut-être cette rupture du courant d'échange avec la France qui expliquerait que le Bas Canada n'ait pas réussi à concrétiser des tentatives de police médicale comme celle qui s'est illustrée autour du *Journal de Médecine de Québec* en 1826-1827 (Keel, & Keating, 1983).

C'est seulement après la naissance de la Confédération que les provinces ont pu se développer de manière autonome et accorder une importance de plus en plus grande à la santé publique (Heagerty, 1928). Malgré ce mandat relevant de l'autorité provinciale, le réseau de services d'hygiène des municipalités urbaines importantes, puis d'unités sanitaires inter-municipales en milieu rural qui va couvrir progressivement le pays, demeurera le plus souvent administré sur le plan local (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1958). De la Confédération à la création du ministère fédéral de la Santé en 1919, les missions de santé publique du gouvernement fédéral étaient partagées entre plusieurs ministères en dehors d'une éphémère centralisation sous le contrôle du ministère de l'Agriculture entre 1867 et 1872.

Entre les deux guerres mondiales, la mission d'hygiène publique du gouvernement fédéral se résume principalement à maintenir le service de la quarantaine et du contrôle sanitaire de l'immigration, à édicter des normes concernant les produits alimentaires et médicamenteux, à initier des programmes spéciaux comme celui de la lutte anti-vénérienne et de la lutte anti-tuberculeuse. Pendant la deuxième guerre mondiale, l'état fédéral et le ministère des Pensions et de la Santé nationale vont s'inspirer du rapport Beveridge, ce dernier établissant le service national de santé en Grande-Bretagne en 1948, pour élaborer « les grandes lignes d'un plan complet d'assurance » qui va propulser sur le devant de la scène le mouvement de sécurité sociale et reléguer en arrière-plan l'hygiène publique (Marsh, 1943).

Dans le rapport de Marsh sur la sécurité sociale au Canada, on observe un glissement des termes de sécurité sociale vers ceux de sécurité du revenu. Ceci traduirait l'importance du lien entre politique de sécurité économique et politique de bien-être, déjà formulée par Keynes et ses disciples et qui élargit le concept bismarckien de sécurité sociale (Leseman, 1978). Toute la période d'après-guerre va être occupée par le débat fédéral provincial concernant l'instauration de ce régime de sécurité sociale (Vaillancourt, 1988). Par le biais du programme de subventions à la santé nationale établi en 1948, le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social supporte cependant la santé publique tout en finançant la construction d'hôpitaux. C'est l'époque des grandes campagnes de dépistage de masse dont l'échec relatif serait à l'origine du virage des systèmes de santé vers la médecine globale (Crichton, & Hsu, 1990).

En novembre 1968, la conférence des ministres de la Santé du Canada décide l'établissement des comités d'études sur le coût des services sanitaires afin d'enquêter sur les moyens d'enrayer la hausse du coût de ces services. De février à novembre 1969, sept groupes d'étude vont fonctionner dont un groupe d'experts sur le coût de l'hygiène publique (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1973). L'expression hygiène

publique désigne alors les activités sanitaires présentées sous le nom de salubrité et enlèvement des ordures mais également d'autres services généraux d'hygiène publique nettement distincts des soins hospitaliers ainsi que des services médicaux, dentaires et assimilés. Le terme "organisme d'hygiène publique" est cependant utilisé par opposition à la médecine privée pour caractériser tous les services sanitaires à caractère public, c'est-à-dire étatisés.

Ces services, appelés aussi de santé publique, couvrent la gamme traditionnelle d'amélioration de la santé et de prévention de la maladie au travers de l'immunisation, du dépistage, de l'éducation sanitaire. Les experts proposent l'extension des programmes de soins à domicile, la disponibilité des services vingt-quatre heures par jour, la fusion de la lutte antituberculeuse dans le service de lutte contre les autres maladies contagieuses, l'établissement de cliniques locales d'hygiène mentale et le développement de services de prophylaxie dentaire. Les services d'hygiène publique devraient jouer un rôle de planification, au niveau régional, de toutes les activités sanitaires. Le concept de médecine globale ou intégrée n'apparaît pas encore même si une grande place est accordée aux soins à domicile. Il s'agit plutôt d'une extension des services à des domaines jusqu'alors négligés comme la santé mentale ou la prophylaxie dentaire et une rationalisation des services par la suppression des doublons comme en médecine scolaire qui devrait dépendre des ministères de la Santé. Il n'est pas question dans ce rapport de la santé au travail.

Quelques années auparavant, toujours au niveau fédéral, les enquêteurs de la Commission royale d'enquête sur les services de santé s'étaient penchés sur « l'évolution des concepts de santé et des soins de santé » en insistant sur « les avantages économiques des services de santé » (Commission Royale d'Enquête sur les services de santé, volume I, 1964). On y parle des soins à domicile organisés, d'organismes de santé bénévoles délivrant entre autres des soins infirmiers communautaires mais pas de médecine ou santé communautaire ou de médecine globale (Commission Royale d'Enquête sur les services de santé, vol. II, 1964).

Dans un rapport de recherche publié en 1964, la même Commission déplore le manque de coordination de toute la gamme d'installations et de services de santé de caractère local « qui relèvent des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux, par toutes sortes d'organisations laïques et religieuses à caractère bénévole et par des organismes privés » (Hastings, & Mosley, 1964). La principale recommandation des deux auteurs de la recherche est d'établir un système administratif régional de ce qu'ils appellent les services communautaires de santé organisés. Ces derniers comprennent les hôpitaux, les services d'hygiène publique et les autres programmes de santé tels que la réadaptation, les soins à domicile, l'hygiène mentale, les soins aux personnes âgées et les services ambulanciers.

Ceci évoque fortement la médecine globale, expression traduisant l'influence américaine des années 1950-1960, du courant dit de *comprehensive medicine*. Ce nouveau concept sera le pivot central de la réforme proposée au Québec par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social dont le rapport occultera complètement la santé publique. Ceci amènera les réformateurs des années 1970 à instituer un comité d'étude sur la prévention sanitaire pour sauver, in extremis, les unités sanitaires de comté et les bureaux de santé municipaux sous la forme de départements de médecine (sic) communautaire ou par transformation en Centres locaux de services communautaires (Ministère des Affaires sociales, 1971).

Le concept de médecine globale au Québec illustre bien le fondement idéologique de la réforme de 1970 qui lie fortement santé et bien-être social dans un complexe de réformes économiques et sociales dont tous les éléments sont interreliés et non négociables (Crichton, & Hsu, 1990). La nouvelle culture des problèmes socio-sanitaires qui opérait alors va faire reposer leur solution sur ce que les réformateurs appellent le développement, le nouveau régime de la santé, passant d'un modèle ancré dans le biologique à un modèle social ouvert sur son environnement (Sepulveda, 1980).

Avec la mise en place progressive des départements de santé communautaire et des centres locaux de services communautaires, le nouveau concept de santé communautaire va s'imposer. Cette dernière expression «souvent confondue avec les termes santé publique, médecine préventive, désignerait une même réalité et refléterait une évolution des problèmes et des services de santé au cours des siècles derniers» (Rochon, 1976).

Conclusion²

Dans la dernière réforme de son système de santé, le Québec utilise à nouveau le terme de santé publique, faisant référence à cinq dimensions essentielles de cette mission gouvernementale: prévention, protection et promotion de la santé de l'ensemble de la population, mais aussi surveillance épidémiologique et information.

S'agit-il d'une avancée réelle, l'expression s'étant enrichie des nouvelles pratiques et des nouveaux savoirs dans le domaine du changement des habitudes de vie? Cette référence à la santé publique ne signifierait-elle pas plutôt un retour à la prévention dite primaire, c'est-à-dire à l'action prioritaire sur les déterminants sociopolitiques de la santé et de la maladie? L'observation sur une longue durée de l'évolution du concept de santé publique dans les pays industrialisés du bloc occidental, que nous venons d'entreprendre, nous permet de répondre partiellement à cette double interrogation. Des tendances lourdes se dégagent de l'analyse de ces savoirs et pratiques de santé publique qui peuvent être ainsi schématisées:

1) Le mouvement de police médicale illustré brillamment par Franck est indissociable de ses racines culturelles et politiques: le caméralisme germanique du XVIII^e siècle, et plus largement le mercantilisme qui marque cette période.

2) Le *Sanitary Reform Movement* de Chadwick ne peut être isolé lui non plus des philosophes radicaux réunis autour de Bentham qui vont influencer fortement l'action

sanitaire et sociale de la Grande-Bretagne du milieu du XIX^e siècle.

3) À peu près à la même époque, en France, l'expression hygiène change de sens en devenant l'hygiène publique, les observateurs sociaux comme Villermé aidant à la prise de conscience des répercussions sanitaires déplorables de la révolution industrielle.

4) L'instauration d'un premier régime d'assurances sociales par l'état bismarckien constitue probablement une étape importante dans le phénomène d'interpénétration entre assistance publique et santé publique dont les effets se font toujours sentir à l'heure actuelle.

5) La révolution pasteurienne, en mettant un terme peut-être provisoire à la querelle entre contagionnistes et anti-contagionnistes, va résolument orienter la santé publique vers l'action sur les causes microbiennes de la maladie et l'environnement biologique, faisant perdre de vue la dimension socio-environnementale de la maladie et de la santé.

6) Le mouvement de protection de l'enfance qui se développe d'abord en France et en Grande-Bretagne autour de 1900 va bénéficier grandement de cette "pasteurisation" de la santé publique, bien qu'il tirerait ses origines d'un néo-mercantilisme lié aux idéologies nationalistes de l'époque.

7) La nécessité d'éduquer les mères et d'agir sur les comportements pour réduire les maladies sociales comme la tuberculose ou les maladies vénériennes va entraîner à nouveau le mouvement de santé publique sur le terrain de l'action sociale.

8) Le concept de médecine ou d'hygiène sociale qui apparaît entre les deux guerres mondiales, bien qu'il n'ait pas la même signification pour tous ceux qui s'en réclament, présente des caractéristiques qui ne sont pas sans rappeler celles de l'expression "médecine globale".

C'est ce dernier concept qui nourrira le nouveau régime de la santé instauré au Québec durant les années 1970, prônant la jonction entre le sanitaire et le social. L'après-deuxième

guerre mondiale, dans la plupart des pays qui auront subi ses conséquences dévastatrices, va être marqué par un immense espoir dans un nouvel ordre sanitaire et social. Ceci va se traduire très souvent par des tentatives de fusion entre les anciennes structures d'hygiène ou de santé publique et les différents régimes de sécurité sociale progressivement instaurés depuis la fin du XIX^e siècle. Le Canada et le

Québec participent de ce mouvement-là. Cette fusion, en favorisant la consommation des services de soins, a fait perdre de vue la mission première de prévention primaire que représentait l'hygiène ou santé publique. C'est peut-être la raison d'être de la résurgence de cette expression bannie du langage public au Québec depuis la révolution tranquille.

Évaluateurs: Georges Desrosiers, Isabelle Laporte

Notes

1 — La brièveté de cette section concernant la contribution de l'Allemagne au développement du concept de "sécurité sociale" et son intrication avec celui de santé publique est lié à la rareté des sources en anglais ou en français. Nous envisageons de la développer dans un travail ultérieur, avec la collaboration d'un collègue germanophone.

2 — Le saut apparent de la conclusion jusqu'aux années 1990 au Québec (malgré le titre et l'introduction de l'article) est une invitation à réfléchir sur le sens de la révolution tranquille, en ce qui concerne la santé publique: y a-t-il eu rupture ou continuité par rapport au passé? Avec Georges Desrosiers, l'auteur envisage la soumission prochaine d'un article complémentaire sur le développement de la santé communautaire au Québec durant la période 1970-1994.

Références

Abt-Garrison, X. (1965). *History of Pediatrics*. Philadelphia/London: W.B. Saunders Company.

Ackerknecht, E.H. (1948 a). Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 562-593.

Ackerknecht, E. H. (1948 b). Hygiene in France, 1815-1848. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 117-155.

Ackerknecht, E.H. (1986). *La médecine hospitalière à Paris, 1794-1848*. Paris: Payot.

Anciaux, A. (1986). *Le docteur René Sand ou la culture des valeurs humaines*. Bruxelles: Université libre de Bruxelles; École de santé publique.

Apple, R. (1987). *Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding 1890-1950*. Madison: University of Wisconsin Press.

Aries, P. (1971). *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*. Paris: Seuil.

Aries, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Paris: Seuil.

Cartwright, F. F. (1977). *A Social History of Medicine*. London/New York: Longman.

Castiglioni, A. (1931). *Histoire de la médecine*. Paris: Payot.

Coleman, W. (1974). *Health and Hygiene in the*

- Encyclopedie: A medical Doctrine for the Bourgeoisie. *Journal of the History of Medicine*, 29, 399-421.
- Coleman, W. (1982). *Death as a Social Disease. Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Commission Royale d'Enquête sur les services de santé. (1964). (Vol.1 & 2). Ottawa: Imprimeur de la Reine.
- Crichton, A., & Hsu, D. (1990). *Canada's Health Care Systems: Its Funding and Organization*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Ellis, J.D. (1990). *The Physician-Legislators of France. Medicine and Politics in the Early Third Republic 1870-1914*. Cambridge: University Press.
- Goubert, J.P. (1986). *La conquête de l'eau*. Paris: Ed. Robert Laffont.
- Hannaway, C. (1974). *Medicine, Public Welfare and the State in Eighteenth Century France: The Société Royale de Médecine de Paris (1776-1793)*. Thèse de doctorat non-publiée, The Johns Hopkins University, Baltimore.
- Hastings, J.E.F., & Mosley, W. (1964). *Les services de santé communautaire organisés*. Ottawa: Commission Royale d'Enquête sur les services de santé, Imprimeur de la Reine.
- Heagerty, J. (1928). *Four Centuries of Medical History in Canada*. (Vol. 1 & 2). Toronto: MacMillan.
- Hodgkinson, R. (1973). *Public Health in the Victorian Age. Debates on the Issue from 19th Century Critical Journals*. (Vol. 1). London: Gregg International Publishers Limited.
- Keel, O., & Keating, P. (1983). Autour du Journal de Médecine de Québec/Quebec Medical Journal (1826-1827). Programme scientifique et programme de médicalisation, pp.103-134. In R.A. Jarrel, & A.E. Ross (dir.), *Critical Issues in the History of Canadian Science, Technology and Medicine/Problèmes cruciaux de l'histoire de la science, de la technologie et de la médecine au Canada*. Ottawa: HSTC Publications.
- Kroeger, G. (1937). *The concept of Social Medicine as presented by physicians and other writers in Germany 1779-1932*. Chicago: Julius Rosenwald Fund.
- Lambert, R. S. (1963). *Sir John Simon and English Social Administration, 1816-1904*. London: Macgibbon & Kee.
- Latour, B. (1984). *Les microbes, guerre et paix. Suivi de irrédutions*. Paris: Ed. A.M. Métaillie.
- Lessard, A. (1935). La santé publique. Les efforts du service provincial d'hygiène pour la protéger. *Bulletin sanitaire*, 35, 105.
- Leseman, F. (1978). *Classes dirigeantes et gestion des rapports sociaux. La réforme des services de santé et des services sociaux au Québec (1960-1978)*. Thèse de doctorat non publiée, École des hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- Lewis, R.A. (1952). *Edwin Chadwick and the Public Health Movement 1832-1854*. London: Longmans Green.
- Lilienfield, A.M. & Lilienfield, D.E. (1977). Epidemiology: A Retrospective Study. *American Journal of Epidemiology*, 106(6), 445-459.
- Loudon, I. (1988). Maternal Mortality: 1880-1950. Some Regional and International Comparisons. *Social History of Medicine*, 1 (2), 183-228.
- MacDougall, H. (1984). Enlightening the Public. The Views and Values of the Association of Executive Health Officers of Ontario 1886-1903. In C. G.Roland (Ed.), *Health, Disease and Medicine. Essays in Canadian History*. Toronto: The Hannah Institute for the History of Medicine.
- Marsh, L.C. (1943). *Rapport sur la sécurité sociale au Canada préparé pour le comité consultatif de la reconstruction*. Ottawa: Edmond Cloutier.
- Meckel, R.A. (1990). *Save the Babies. American Public Health Reform and the Prevention of Infant-Mortality 1850-1929*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. (1958). *L'administration de l'hygiène publique au Canada (Série de soins de santé no. 3)*. Ottawa: Imprimeur de la Reine.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

(1973). *Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada* (Tome 1 & 3), Ottawa: Imprimeur de la reine.

Ministère des Affaires sociales. (1971). *Comité d'étude sur la prévention sanitaire*. Québec: Imprimeur officiel du Québec.

Paterson, R.G. (1948). The Health Towns Association in Great Britain 1844-1849. *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (4), 373-399.

Porter, D. (1992). Changing Disciplines: John Ryle and the Making of Social Medicine in Britain in the 1940's. *History of Science*, 30, 137-164.

Rollet-Echalier, C. (1990). *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*. (Travaux et Documents, cahier 127). Paris: INED.

Rochon, J. (1976). *La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux*. Annuaire du Québec. Québec: Publications officielles du Québec.

Rosen, G. (1952) Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History of Medicine*, 27, 21-42.

Rosen, G. (1957). The Fate of the Concept of Medical Police 1780-1840. *Centaureus*, 5, 97-113.

Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*. New York: MD Publications.

Rosen, G. (1964). The Bacteriological, Immunologic and Chemotherapeutic Period 1875-1950. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 40(6), 483-494.

Rosen, G. (1972). The Evolution of Social Medicine. In H. E. Freeman, S. Levine, & L. G. Reeder (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Rosen, G. (1974). *From Medical Police to Social Medicine: Essay on the History of Health Care*. New York: Science History Publications.

Rosen, G. (1976). Social Science and Health in the United States in the Twentieth Century. *Clio Medica*, 11(4), 245-268.

Sand, R. (1948). *Vers la médecine sociale*. Liège: Éditions Desoer.

Sepulveda, T. (1980). *Fait social et fait sanitaire, le discours public sur la santé au Québec de 1970 à 1980*. Mémoire de maîtrise non-publié, Université de Montréal, Montréal.

Stampar, A. (1966). *Serving the Cause of Public Health*. Selected papers (edited by M.D. Grmek), Zagreb.

Sigerist, H.E. (1943). From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation. *Bulletin of the History of Medicine*, 8, 365-388.

Sigerist, H.E. (1960). *On the Sociology of Medicine*. (Edited by Milton I. Roemer). New York: MD publications Inc.

Smillie, W.G. (1955). *Public Health. Its Promise for the Future*. New York: The MacMillan Company.

Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

Sutherland, N. (1988). To create a Strong and Healthy Race. School children in the Public Health Movement 1880-1914, pp. 361-393. In S.E.D. Short, (Ed.), *Medicine in Canadian Society. Historical Perspectives*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

Vaillancourt, Y. (1988). *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Von Pettenkofer, M. (1941). *The value of Health to a City* (Henry E. Sigerist, trans.). Baltimore: The Johns Hopkins Press.

Winslow, C.E.A. (1952). *Man and Epidemics*. Princeton: Princeton University Press.

Winslow, C.E.A. (1984). *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven: Yale University Press.

Woods, R., & Woodward, J. (1984). *Urban Disease and Mortality in Nineteenth-Century England*. New York: St-Martin's Press.

Remerciements

L'auteur remercie tout particulièrement les évaluateurs et Othmar Keel pour leurs remarques judicieuses qui ont servi à réviser la version finale de cet essai.

Biographie

Diplômé de la Faculté de médecine de Paris, **Benoît Gaumer** a exercé et enseigné la santé publique ou médecine communautaire en Algérie et en Tunisie pendant douze années. Depuis dix ans au Québec, ayant pris la nationalité canadienne, il poursuit avec deux collègues de l'Université de Montréal (Département de médecine sociale et préventive ainsi que Département d'histoire) des recherches sur les institutions québécoises de santé publique. Attaché au Département d'administration de la santé, il est actuellement coordonnateur de l'unité de formation continue du secteur de la santé publique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.