

Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique: 1945-1992

Georges Desrosiers

Université de Montréal

Résumé:

Depuis 1945, les concepts et les pratiques en santé publique ont subi des modifications profondes sous l'influence de différents facteurs. L'auteur, prenant l'exemple de trois pays, les États-Unis, le Royaume-Uni et le Canada, montre comment, suivant les particularités de chacun, trois grands événements ont affecté les conceptions et les pratiques en santé publique: le virage épidémiologique du tournant des années 1940, le mouvement de participation des citoyens des années 1960 et l'apparition depuis le début des années 1980 de nouvelles maladies infectieuses et le retour de certaines autres qu'on croyait en voie de disparition.

Mots clefs: Santé publique, santé communautaire, virage épidémiologique.

Introduction

Au lendemain de la guerre 1939-45, le système de santé publique des pays industrialisés conserve toutes les caractéristiques acquises au début du siècle et au cours de sa croissance dans les années 20 et 30. C'est un système essentiellement conçu et structuré pour la lutte contre les maladies infectieuses. Au plan conceptuel, il s'appuyait sur la théorie de l'étiologie spécifique voulant que chaque maladie soit causée par un agent (un micro-organisme dans le cas des maladies infectieuses) et que pour la combattre, il faille s'attaquer systématiquement à cette cause. À partir d'un savoir propre fondé essentiellement sur la bactériologie et l'épidémiologie descriptive, il s'est constitué un corps d'agents sanitaires, les hygiénistes, chargés d'appliquer des pratiques spécifiques, fonctionnant dans des structures propres de type bureaucratique et séparées de celles de la médecine curative, formés dans des écoles spécialisées et ayant leurs associations professionnelles propres. Ce corps professionnel se verra

confronté à partir des années 1940 à une nouvelle réalité, celle de la prédominance des maladies chroniques comme principales causes de mortalité et de morbidité.

Plusieurs événements se sont succédés au cours de la période qui va de 1945 à 1992 qui ont donné lieu à la formulation de nouveaux concepts, à la redéfinition des relations entre médecine curative et médecine préventive et à l'introduction de nouvelles pratiques ou au retour à des pratiques anciennes, temporairement relayées au second plan. Je me concentrerai sur trois événements: le virage épidémiologique des années 1940 et ses conséquences, l'apparition du concept de médecine ou de santé communautaire à partir des années 1960 et le retour au concept de la protection de la santé publique à la fin des années 1980. Je préciserai leur sens et montrerai l'influence qu'ils ont pu avoir sur les pratiques de santé publique dans trois pays, les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni.

Le virage épidémiologique et ses conséquences

La prise de conscience du virage épidémiologique, c'est-à-dire du passage des maladies infectieuses aux maladies chroniques, principalement le cancer et les maladies cardiovasculaires, comme premières causes de mortalité et de morbidité, a donné lieu à des conceptions différentes de la prévention et des pratiques qui en découlent, suivant qu'on était clinicien ou hygiéniste, particulièrement aux États-Unis et au Canada.

Aux États-Unis, dans les années 1940, les associations représentatives des cliniciens et des écoles de médecine, notamment la *New York Academy of Medicine* et l'*Association of American Medical Colleges*, prenant conscience du virage épidémiologique et de ses conséquences sur la pratique médicale, se sont intéressées de plus en plus à la médecine préventive abandonnée aux hygiénistes depuis le début du siècle (Shephard & Roney, 1964). Ce mouvement s'est concrétisé par la tenue, en 1952, à Colorado Springs, d'une conférence réunissant les représentants des écoles de médecine des États-Unis et du Canada sur le thème de l'enseignement de la médecine préventive dans le cursus des études médicales. On remet en cause l'orientation de la médecine centrée, depuis la fin du 19^e siècle, sur le traitement des maladies. L'apparition des maladies chroniques comme principaux facteurs de mortalité et de morbidité exige que le médecin s'intéresse principalement à la santé. On affirme qu'en conséquence la séparation entre médecine curative et préventive n'a plus sa place. L'enseignement traditionnel de l'hygiène doit faire place à un enseignement de médecine préventive et de promotion de la santé, adapté au futur médecin praticien. Cette conférence historique sera le point de départ de l'expansion des départements de médecine préventive et sociale dans les écoles de médecine américaines (Clark, 1953).

Les retombées se font sentir également au Canada. Dans les années 1950 et 60, les facultés de médecine transforment leurs chaires traditionnelles d'hygiène en départements de médecine

préventive et sociale et véhiculent les idées issues de la conférence (Jeanneret, 1961).

À la même époque, il s'est tenu en Europe, successivement, deux conférences sous le patronage de l'OMS: la première à Nancy, en 1952, sur l'enseignement universitaire de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale; la seconde à Goeteborg en Suède, en 1953, sur l'enseignement post-universitaire. Elles réunissaient des enseignants de ces disciplines des différents pays de l'Europe occidentale et de la Yougoslavie. Il y a prise de conscience du virage épidémiologique et de ses conséquences sur la pratique et l'enseignement. Il s'agissait de conférences d'experts faisant le point sur les contenus et les méthodes d'enseignement. Mais, elles ne semblent pas avoir eu l'impact pour l'Europe qu'a pu avoir la conférence de Colorado Springs pour l'Amérique du Nord (Grundy & Mackintosh, 1958).

Les hygiénistes commencent eux aussi à prendre conscience de ces changements et à en tirer les conséquences, mais cela ne se fait pas sans des hésitations et des tiraillements. Ainsi, en 1947, le congrès de l'Association américaine de la santé publique traite de la nutrition, de la fluoruration des eaux de consommation, de l'éducation à la santé, de l'hygiène du travail et de la lutte contre la mortalité infantile. Il n'y a encore rien sur l'épidémiologie des maladies chroniques et peu de choses sur l'organisation des soins, ce que les Américains appellent le *medical care*. Mais dès 1948, une section sur l'organisation des soins est créée à l'intérieur de l'Association malgré l'opposition des hygiénistes traditionalistes qui ne voulaient pas que la santé publique déborde du champ de la médecine préventive à cause, entre autres, du danger de dispersion (Terris, 1975).

En 1950, l'Association révisé la description qu'elle avait faite en 1940 des fonctions minimales des services de santé publique. Constatant la diminution de la mortalité et de la morbidité par les maladies infectieuses, notamment durant l'enfance et le début de l'âge adulte, elle tire la conclusion que la théorie et la pratique de la santé publique doit s'adapter pour inclure non seulement la prévention de l'éclo-

sion, mais aussi l'arrêt du progrès des maladies et des complications associées qui peuvent provoquer l'invalidité et la mortalité prématurée. La responsabilité des services de santé publique doit s'étendre non seulement au recueil et à l'analyse des données statistiques, à l'éducation à la santé et à l'hygiène du milieu, mais aussi à l'administration des soins individuels, à l'administration des établissements de soins et à la coordination des ressources et des interventions. Il y a lieu de mentionner qu'aux États-Unis, les services de santé publique ont traditionnellement eu la responsabilité de la prise en charge des soins aux pauvres que le système de médecine privée n'assume pas.

Donc, entre 1940 et 1950, il s'est produit un changement majeur dans la conception du rôle de la santé publique aux États-Unis. D'une mission limitée à la lutte contre les maladies infectieuses, elle élargit son champ d'action à toutes les causes de mauvaise santé et entend prendre une plus grande part dans l'administration et la coordination des services (Terris, 1975).

Au Canada, les conséquences du virage épidémiologique apparaissent dans les prises de position des écoles et des associations représentatives des hygiénistes. C'est ainsi qu'en 1962, l'École de santé publique de l'Université de Toronto exposait son point de vue devant une commission d'enquête fédérale sur la santé. Elle faisait état des changements survenus dans le champ de la santé publique et du nouveau rôle des services de santé publique pour lesquels la lutte contre les maladies chroniques, la prévention des accidents et la lutte contre la pollution devraient devenir une priorité (Rhodes, 1962).

Donc, on note ici un plaidoyer en faveur de l'extension du champ d'intervention de la santé publique. Par contre, une enquête extensive faite en 1960 auprès des services de santé publique locaux canadiens, à l'exception du Québec et de Terre-Neuve, montre que, de fait, ils s'intéressent encore très peu aux maladies chroniques (Best et al., 1963). Encore à la fin de cette décennie, en 1969, un rapport du *Public Health Practice Committee* de l'Association canadienne pour la santé publique recommandait, parce que ce n'était pas encore fait, que les ser-

vices de santé publique étendent rapidement leurs activités à la lutte contre la pollution, la prévention des accidents, la planification familiale et la détection et la prévention des maladies chroniques (McIntosh, 1978).

Au Royaume-Uni, la création du Service national de santé, en 1948, consacre la séparation entre soins préventifs et curatifs par la mise en place d'une structure à trois branches bien distinctes, le secteur hospitalier, le secteur de la médecine générale et le secteur de la santé publique, laissé sous la direction des autorités locales, tandis que les deux premiers relèvent directement du ministère de la Santé (Levitt, 1977; McCarthy, 1989). La création d'un secteur séparé de santé publique ou médecine préventive remonte aussi loin qu'en 1872 alors que les autorités locales ont l'obligation d'engager un médecin hygiéniste, *Medical Officer of Health*, chef du Service de santé local. Selon Levitt (1977), il était d'abord un administrateur.

La médecine ou la santé communautaire

États-Unis

Pour saisir toute la richesse du concept de médecine ou de santé communautaire élaboré aux États-Unis durant les années 1960, il faut remonter au rapport de la Commission Dawson présenté au Parlement britannique en 1920. On doit à cette commission d'avoir exposé, pour la première fois, de façon extensive, le concept de médecine globale comportant la notion de soins complets, préventifs et curatifs, dispensés par les mêmes agents, médecins généralistes et infirmières, dans un centre local de soins, à la population d'un territoire géographiquement bien délimité, à l'intérieur d'un système intégré permettant le recours aux soins spécialisés (Saward, 1976).

Une année plus tard, en 1921, un jeune médecin hygiéniste américain né en Chine de parents missionnaires, John Grant (1890-1962), fut affecté comme enseignant, par la Fondation Rockefeller, à l'École de médecine de Péking. S'inspirant largement du rapport de la

Commission, il profita de la création d'un Département de santé publique dans cette école pour réaliser, sur le terrain, dans une région rurale d'environ 400 000 habitants, un centre expérimental de santé publique offrant des soins complets, préventifs et curatifs, à la population d'un territoire géographiquement délimité, utilisant les techniques de l'épidémiologie pour en évaluer les besoins, établir les priorités d'intervention et faire l'évaluation des résultats. La notion épidémiologique de dénominateur est l'élément fondamental du système (Lathem, 1976; Seipp, 1963).

Cette expérience initiale et plusieurs autres par la suite aux quatre coins du monde, au cours de sa longue carrière à l'emploi de la Fondation Rockefeller (1918-1960), alimentèrent sa réflexion. Il arriva à la conclusion que la conception des soins véhiculée dans les milieux de la santé publique était beaucoup trop étroite et conduisait à des pratiques trop spécialisées et fragmentées et faisait souvent perdre le contact avec la population locale, la communauté, qu'il jugeait essentiel. C'est alors qu'il proposa dans ses textes, à la fin des années 1950, de remplacer l'expression santé publique par celle de santé communautaire, *community health care* (Seipp, 1963).

L'expression a été reprise, en 1965, pour désigner la réponse des écoles de médecine au mouvement des centres locaux de soins (*Neighborhood Health Centers*) dans la foulée de la grande campagne de lutte contre la pauvreté mise en route par l'administration Johnson. Les étudiants en médecine ne voulurent pas être en reste dans ce grand mouvement social en faveur des pauvres et des minorités qui a bouleversé les États-Unis durant cette décennie. Avec l'appui des groupes populaires et des pouvoirs publics aux différents échelons, ils forcèrent les écoles de médecine à s'intéresser aux populations locales au milieu ou près desquelles elles étaient implantées. Parmi les différentes formes d'interventions que choisirent les écoles de médecine pour faire face à ces pressions, la création de centres locaux, dits de médecine communautaire, fut la voie choisie par un bon nombre. D'autres cherchèrent à poursuivre le même but mais de façon plus conventionnelle en créant des chaires ou départements dits de

médecine ou de santé communautaire ou en transformant les départements existants de médecine préventive avec des antennes dans la communauté locale (Lathem, 1976).

Les centres locaux de médecine communautaire répondaient à un des volets du plan de lutte contre la pauvreté et étaient susceptibles de bénéficier des subventions fédérales au titre de l'*Office of Economic Opportunity*, établi en 1965 et qui appuyait les initiatives en vue d'offrir des soins médicaux et des services sociaux complets aux pauvres par des équipes pluridisciplinaires dans des structures légères, les centres locaux de soins, bien implantées dans les communautés locales qui devaient être représentées à plus de 51% dans les conseils d'administration (Seacat, 1977). Ils ne répondaient, cependant, qu'en partie aux objectifs du plan fédéral, puisqu'ils étaient en quelque sorte le prolongement des écoles dans la communauté, ayant comme mission première de former des étudiants plutôt que de dispenser des soins adaptés aux besoins de la communauté locale et avec sa participation.

Ces centres avaient un caractère artificiel qui a fait qu'ils n'ont pas duré longtemps. Comme l'affirme Lathem, l'exercice de la médecine dans la communauté n'est pas de la médecine communautaire. Il va même jusqu'à affirmer, dans ses commentaires sur l'expérience, qu'il est futile d'essayer de former des étudiants à une forme d'exercice étrangère au système existant (Lathem, 1976).

Nonobstant le caractère partiel et souvent temporaire de ces expériences de médecine ou de santé communautaire, l'expression est restée. Elle a été reprise par plusieurs autres pays dont le Canada et le Royaume-Uni, en lieu et place de celle de santé publique traditionnelle.

Canada

Au Canada, durant la décennie des années 1960, les centres locaux de soins ont connu un développement plus modeste, n'ayant pas bénéficié d'un régime spécial de financement public comme aux États-Unis. Par contre, le financement public universel du système de santé initié en 1948 et achevé en 1970, allié à la

préoccupation croissante face à l'augmentation du coût des soins, a conduit, à partir de la fin des années 1960, à réaliser de nombreuses études autant à l'échelon fédéral qu'à celui des provinces sur les moyens de freiner cette augmentation des coûts et de rendre le système plus efficace. Les thèmes comme la prévention et la promotion de la santé, la médecine globale, la place du système traditionnel de santé publique, sont constamment repris.

Pour bien montrer la distance qu'on prend par rapport à la santé publique traditionnelle, l'expression santé communautaire se substitue de plus en plus à celle de santé publique. Cependant, ce remplacement a été loin de faire l'unanimité. En 1972, des débats déchirants ont pris place au sein de l'Association canadienne de santé publique dont les membres se sont majoritairement opposés au changement du nom de leur association pour celui de santé communautaire (Schwenger, 1973). Il en a été de même pour la Société d'hygiène de la province de Québec qui, en 1975, consentait à ce que son nom soit changé pour celui d'Association pour la santé publique du Québec et non pour celui de santé communautaire.

Deux initiatives méritent de retenir notre attention à cause de l'impact qu'elles ont pu avoir autant à l'extérieur qu'à l'intérieur du pays. La première est la transformation radicale du système de santé publique au Québec à partir de 1972. La seconde est l'accent mis sur la modification des comportements individuels à risque comme moyen privilégié pour améliorer la santé et réduire les coûts des soins, par le gouvernement fédéral à l'occasion de la publication de l'ouvrage "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens" en 1974 (Gouvernement du Canada, 1974).

C'est en 1970 qu'une commission d'enquête sur le fonctionnement de l'ensemble du système de santé du Québec recommandait l'abolition pure et simple des structures traditionnelles de santé publique (Castonguay, 1970). Dès 1971, une loi-cadre prévoyait la création de centres locaux de services communautaires (CLSC) sur tout le territoire du Québec et de départements de santé communautaire à l'éche-

lon sous-régional (150 à 400 000 habitants) rattachés à des hôpitaux et chargés d'assumer les fonctions de santé publique.

Dans une directive publiée en 1977, le ministère des Affaires sociales définissait ainsi la mission du CLSC:

"Dans l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec, le centre local de services communautaires joue un rôle de toute première importance. Desservant un territoire bien délimité (le district), le CLSC vise, par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention, qui s'adressent à la communauté" (Roy, 1987, p. 28).

Les départements de santé communautaire ont le mandat de réaliser des études sur les besoins sanitaires de la population du territoire desservi, de faire des enquêtes sur les épidémies et de prendre les actions appropriées, d'élaborer et de mettre en oeuvre des programmes de prévention en collaboration avec les CLSC. Ils ont en plus, au début, certaines responsabilités de coordination des soins à l'intérieur du centre hospitalier (Gouvernement du Québec, 1974).

Cette réforme radicale des structures de santé publique visait plusieurs objectifs: réunir les services sociaux et les services de santé sous l'autorité d'un même ministère appelé ministère des Affaires sociales, dans les mêmes établissements à l'échelon local, les CLSC, avec un personnel pluridisciplinaire composé d'agents sanitaires et sociaux; favoriser une médecine globale par la pratique dans les CLSC et par des liens étroits entre cliniciens et spécialistes de la santé publique à l'échelon de l'hôpital; enfin, assurer une participation importante des citoyens dans l'administration des services de santé (Desrosiers, 1976; 1982).

La transformation des structures de santé publique s'est accompagnée d'une volonté politique de lui accorder une place importante dans

le système de santé. Les budgets pour ce secteur ont été sensiblement augmentés et la rémunération des agents rehaussée. Aussi, les départements de médecine sociale et préventive des facultés de médecine ont été mis à contribution pour offrir des programmes de formation adaptés.

Les équipes sont devenues véritablement pluridisciplinaires. C'est en fonction de cette caractéristique qu'au Québec l'expression de santé communautaire a été choisie de préférence à celle de médecine communautaire, tandis que dans le reste du Canada l'ambiguïté a persisté.

La publication, en 1974, par le gouvernement fédéral, de l'ouvrage "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens"¹ est le signal d'un changement de cap qui influencera profondément les conceptions et les pratiques de santé publique pour les vingt années qui suivront. L'accent est mis désormais sur la modification des comportements individuels à risque pour réduire l'incidence des maladies chroniques et des accidents. Les fonds publics autant pour les soins préventifs que pour la recherche seront alloués en tenant compte de cette priorité.

Cet intérêt avait commencé à se manifester bien avant 1974. Comme je l'ai montré plus haut, dès les années 1950, on commence à s'intéresser aux États-Unis à la modification des comportements individuels à risque. L'impact qu'a eu le document vient du fait, qu'en plus d'être concis et clair, il était endossé par un gouvernement national qui en faisait sa politique.

Il avait aussi l'avantage de répondre pleinement à la grande préoccupation d'alors qui était de trouver des moyens de réduire l'augmentation constante des coûts des soins. En mobilisant les services de santé publique autour de la tâche de convaincre la population de changer ses habitudes de vie, que la responsabilité en matière de santé incombe d'abord à chaque individu, on pouvait mieux justifier les coupures dans les dépenses publiques.

Royaume-Uni

En 1974, avec la réorganisation du Service national de santé, la responsabilité des services

de médecine préventive est transférée des autorités locales aux nouvelles autorités sanitaires de district rattachées au ministère de la Santé. Les tâches de l'ancien médecin hygiéniste sont incluses dans celles du nouveau spécialiste en médecine communautaire qui, en plus de surveiller la distribution des services de médecine préventive sur le territoire du district, a la responsabilité, au sein de l'équipe de direction, d'évaluer et de planifier toute la gamme des soins autant hospitaliers qu'extra-hospitaliers (Levitt, 1977).

Plusieurs facteurs ont concouru, dans la période qui va du milieu des années 1960 à 1974, à transformer la fonction traditionnelle du médecin hygiéniste et à donner un visage nouveau à la santé publique, allant jusqu'à abandonner l'appellation ancienne pour celle de médecine communautaire (Levitt, 1977; McCarthy, 1989).

De 1965 à 1968, une commission royale d'enquête, appelée Commission Todd, a procédé à une réévaluation de tout l'enseignement médical, du cursus des études de premier cycle à la formation spécialisée. C'est cette commission qui, dans son rapport, a introduit l'expression médecine communautaire. Elle recommandait, entre autres, un stage obligatoire en médecine communautaire pour les étudiants en médecine et une formation spécifique pour les médecins exerçant dans le champ de la médecine communautaire. En 1972, le Collège royal de médecine a retenu cette recommandation en établissant un nouveau certificat pour la formation spécialisée en médecine communautaire au même titre que pour les autres spécialités médicales. Il définissait la médecine communautaire comme

"... cette branche de la médecine qui traite des populations ou des groupes plutôt que des individus.... Elle demande une connaissance des principes de l'épidémiologie, de l'organisation et de l'évaluation du système de santé, des aspects médicaux de l'administration des services de santé et des techniques de l'éducation sanitaire et de la réinsertion sociale qui appartiennent au champ de la médecine sociale et préventive" (Levitt, 1977, p. 102, traduction libre).

Comme on peut le constater, cette perspective dépasse largement le champ traditionnel de l'hygiéniste, mais elle ne correspond pas exactement au concept de médecine ou de santé communautaire élaboré aux États-Unis au milieu des années 1960.

Dans cette réforme de 1974, on a prévu l'apport des spécialistes de médecine communautaire à tous les échelons de la hiérarchie du Service national de santé, du district, à la zone et à la région (Levitt, 1977). En principe, l'équipe de santé publique avait la tâche d'évaluer et de planifier les besoins de soins pour l'ensemble de la population à chacun des échelons. Mais le pouvoir n'ayant pas accompagné la responsabilité, puisque les spécialistes en médecine communautaire n'étaient en fait que des conseillers des administrations, ces dernières recourant à leurs services selon leur bon vouloir, les résultats tels qu'évalués par la Commission Acheson en 1988 ont été mitigés. On a noté, entre 1974 et 1988, une certaine désaffection pour la santé publique. Il y a eu notamment de nombreuses démissions sans souvent que les démissionnaires n'aient pu être remplacés.

Le retour à la mission de protection de la santé publique

Depuis le début des années 1980, l'apparition de nouvelles maladies infectieuses comme le sida, et le retour de certaines autres qu'on croyait maîtrisées, ainsi que la prise de conscience des menaces que la pollution industrielle fait peser sur l'environnement et la santé, ont fait réaliser aux autorités publiques l'importance de la mission de protection de la santé publique qui incombe traditionnellement aux services de santé publique.

C'est dans ce contexte qu'on a procédé dans les trois pays à une évaluation des services de santé publique pour savoir dans quelle mesure ils étaient équipés pour s'acquitter adéquatement de cette mission.

États-Unis

Aux États-Unis, une étude des services de santé publique a été entreprise en 1986 par un comité d'experts désignés par l'Institut de médecine qui fait partie de l'Académie nationale des sciences. Le comité a remis son rapport en 1988. Il faisait le constat que la santé publique était dans un état de désorganisation et de démoralisation telle qu'elle lui semblait incapable de remplir sa mission. Les enquêteurs notaient, entre autres, un leadership faible et instable, une diminution de la compétence professionnelle dans les postes de direction, un financement insuffisant, des lacunes dans le recueil et l'analyse des données essentielles à la fonction d'évaluation et de contrôle et une absence de liens entre le secteur public et le secteur privé.

Les principales menaces à la santé identifiées par le comité sont l'épidémie de sida, les maladies chroniques, les accidents, et les substances toxiques produites par l'économie moderne et transmises par l'air, l'eau, le sol et les aliments. Le comité faisait une série de recommandations pour corriger la situation, s'appliquant aux trois niveaux de pouvoir, local, état et national (*Institute of Medicine*, 1988). J'ai noté aussi l'absence complète de référence à la santé communautaire tout au long de ce rapport. À ce jour, très peu a été fait pour donner suite à ces recommandations selon plusieurs observateurs du système de santé américain, notamment Milton Terris (1990) qui, dans un article intitulé *Public Health Policy for the 1990's*, déclarait que la politique de santé publique des années 1990 sera déterminée non seulement par des facteurs intrinsèques au champ de la santé mais par des circonstances externes reliées à la politique nationale et internationale et aux changements économiques. Le rôle dominant des forces politiques conservatrices aux États-Unis constitue, selon lui, un obstacle majeur à des changements dans la politique de santé publique du pays.

Royaume-Uni

En 1986, le Secrétaire d'état aux services sociaux crée une commission d'enquête sur

l'avenir de la fonction de santé publique et de médecine communautaire. Cette commission a été créée à la suite de deux épidémies, une intoxication alimentaire par salmonella en 1984 et la maladie du légionnaire en 1985; ces événements ont donné lieu à deux enquêtes publiques qui ont souligné le manque de compétence en hygiène du milieu et dans le champ de la lutte contre les maladies infectieuses. Le rapport a été soumis en janvier 1988. Les rapporteurs mentionnaient que c'était la première révision en profondeur de la fonction de santé publique depuis le rapport de la *Royal Sanitary Commission* en 1871.

Les rapporteurs ont adopté une définition large de la santé publique qui est décrite comme la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par une action concertée de la société. Il a été recommandé d'abandonner l'appellation de *community medicine* pour la remplacer par *public health medicine* et celle de *community physician* par *public health physician*, à cause de la confusion qu'avait créée cette appellation depuis 1974.

Afin de renforcer la fonction de santé publique, on recommandait spécifiquement de nommer un directeur de la santé publique à tous les niveaux. Le directeur au niveau du district devait avoir le mandat suivant:

- 1) donner aux autorités, en tant qu'épidémiologiste, un avis sur les priorités, la planification des services et l'évaluation des résultats;
- 2) établir et évaluer une politique de prévention, de promotion et d'éducation à la santé impliquant tous les agents de la santé publique. Assurer la surveillance des maladies non infectieuses;
- 3) coordonner la lutte contre les maladies infectieuses;
- 4) agir comme conseiller médical principal;
- 5) présenter un rapport annuel sur

l'état de santé de la population du territoire qui devra faire l'objet d'un débat public;

- 6) agir comme porte-parole sur les sujets de santé publique;
- 7) conseiller les autorités locales sur les questions de santé publique (Acheson, 1988).

Le gouvernement a donné suite aux recommandations de cette commission. Mais la petite taille des équipes de santé publique au niveau des districts, d'une part, et l'accaparement des énergies du médecin directeur par la fonction de conseiller médical, d'autre part, ont rendu difficile, sinon aléatoire, dans bien des cas, la réalisation de l'ensemble du mandat qui lui a été confié (Middleton et al., 1991; Beecham, 1992; Delamothe, 1991; Davies, 1993).

À la suite de la publication du Livre blanc *Working for Patients* en 1989 et de la mise en application de son contenu par le gouvernement conservateur de Mme Thatcher à partir de 1990, le rôle des autorités de district a été profondément modifié. Elles auront, dorénavant, la responsabilité d'acheter, avec les fonds dont elles disposent, les meilleurs services, au meilleur coût, pour améliorer la santé de la population. Tous les hôpitaux, qu'ils deviennent indépendants (*Self Governing Trust*) ou non, doivent entrer en relation contractuelle avec une ou plusieurs autorités de district pour leur vendre une liste de services à un volume, une qualité et un coût prédéterminés (Troop, 1991). D'un coup, tous les membres des équipes de direction des autorités de district, y inclus le directeur de la santé publique, deviennent des acheteurs. On introduisait ainsi le système du marché et de la concurrence dans une organisation qui fonctionnait, depuis 1948, et même avant, par allocations budgétaires. Il n'entre pas dans le cadre de cet article d'analyser plus en détail ce système. Il s'agit tout simplement de faire ressortir que les petites équipes de santé publique des districts ont été sollicitées pour évaluer des besoins de soins de toute nature, participer à la formulation et à la surveillance de l'exécution des contrats, et de s'assurer de la qualité des soins fournis, ce

qui diminue d'autant le temps disponible pour les tâches habituelles de santé publique (Delamothe, 1991).

Canada

Comme dans les deux autres pays, l'apparition des nouvelles menaces à la santé publique a conduit les autorités provinciales à s'assurer de la capacité de leurs services de santé publique à faire face à la situation.

Au Québec, on s'est rendu rapidement compte que pour assumer complètement le rôle de protection de la santé publique face aux nouvelles menaces, il fallait renforcer la cohésion du réseau, revenir à une structure plus hiérarchique et avoir une réglementation plus stricte permettant d'intervenir rapidement au plus haut niveau et de mobiliser le réseau en cas de nécessité. C'est ce qui a été fait par l'adoption d'une nouvelle loi-cadre sur la santé et les services sociaux en 1991 (Gouvernement du Québec, 1992). La réforme de 1972 avait eu, entre autres conséquences, de produire un relâchement des liens entre les différents éléments du réseau de santé publique.

Pour bien marquer le virage qu'on prenait et aussi pour donner suite à des pressions exercées par certaines associations professionnelles, on a rayé complètement l'expression santé communautaire des textes pour la remplacer par santé publique.

La loi de 1991 prévoit la nomination par le ministre d'un directeur de la santé publique dans chacune des régions régionales avec un lien de subordination du niveau régional au niveau central pour la fonction de protection de la santé publique. Les attributions du directeur régional sont, à peu de choses près, les mêmes que celles qui ont été prévues dans le rapport Acheson au Royaume-Uni, en 1988, avec la différence importante que les équipes de santé publique bénéficient d'un personnel plus nombreux, ce qui les place dans une meilleure position pour réaliser les tâches qu'on attend d'elles.

Conclusion

En cette fin de siècle, la santé publique a officiellement, dans les trois pays, une triple mission: la protection de la santé publique, la promotion de la santé et un rôle conseil auprès des autorités sanitaires sur la gestion du système de santé, allant de l'identification des problèmes et des besoins à l'évaluation de l'efficacité des interventions.

Mais ils sont inégalement équipés pour remplir cette mission. Aux États-Unis, la santé publique reste affaiblie par une crise existentielle qui perdure depuis les années 1940. Au Royaume-Uni, la réorganisation de 1974 a provoqué aussi une crise. Mais il semble qu'on soit maintenant en meilleure position pour affronter les défis. Cependant la taille réduite des équipes pose problème.

C'est au Canada, et particulièrement au Québec, que les assises sont les plus solides: une mission large et clairement définie, des structures fonctionnelles, des équipes pluridisciplinaires, bien pourvues et qualifiées, une expertise reconnue et non contestée par les autres acteurs du système.

Cependant, cette position avantageuse reste fragile. L'expérience des deux autres pays montre que la santé publique n'est pas en position de force lorsque des pressions de nature financière, politique ou administrative s'exercent sur le système de santé. Les ajustements exigés peuvent souvent se faire aux dépens de la santé publique, soit par la coupure des fonds et la réduction des effectifs ou encore en lui imposant des tâches nouvelles, extérieures à son champ de compétence traditionnelle, portant sur la gestion du système de santé dans son ensemble, qui viennent réduire d'autant sa capacité d'assurer le maintien optimal des actions de nature proprement préventive.

Note

1 — Le rapport présente une conception globale de la santé qui repose sur quatre éléments principaux: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins. L'environnement est décrit comme "l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de cha-

cun". Il est question d'environnement physique et d'environnement social. Mais dans le reste du texte, on ne réfère à peu près plus au milieu social. Il n'est proposé aucun moyen pour atténuer les inégalités sociales. Le rapport est vraiment centré sur la modification des comportements individuels à risque (Gouvernement du Canada, 1974).

Références

Acheson, D. (1988). *Public Health in England. The Report of the Committee of inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: Her Majesty's Stationary Office.

Beecham, L. (1992). From the Public Health Conference. *British Medical Journal*, 304, 1697.

Best, E. et al. (1963). Highlight of a Survey of Health Unit Services in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 54 (8), 349-356.

Castonguay, C. (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (vol. IV, tome II). Québec: Éditeur officiel du Québec.

Clark, K.D. (1953). Preventive Medicine in Medical Schools. *Report of the Colorado Springs Conference. Association of American Medical Colleges*, Chicago, Nov. 1952.

Davies, L. (1993). From the Public Health Conference. *British Medical Journal*, 306, 1694-1695.

Delamothe, T. (1991). NHS Reforms: Survey of Directors of Public Health Medicine. *British Medical Journal*, 303, 1154-1155.

Desrosiers, G. (1976). Les Départements de santé communautaire: une expérience québécoise. *Canadian Journal of Public Health*, 67, 109-113.

Desrosiers, G. (1982). Les centres locaux de services communautaires au Québec. *Le Concours médical*, janvier et février, 649-653 et 847-850.

Gouvernement du Canada. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Gouvernement du Québec. (1974). *Article 4.5.2.1 à 2.4 du Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.Q. 1971, ch. 48). Québec: Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec.

Grundy, F., & Mackintosh, J.M. (1958). *L'enseignement de l'hygiène et de la santé publique en Europe*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Institute of Medicine. (1988). *The Future of Public Health. A Report of the Committee for the Study of the Future of Public Health*. Washington D.C.: National Academy Press.

Jeanneret, O. (1961). *L'enseignement de l'hygiène publique, de la médecine préventive et de la médecine sociale dans les facultés de médecine du Canada*. Montréal: Université de Montréal.

Lathem, W. (1976). Community Medicine: Success or Failure? *The New England Journal of Medicine*, July, 18-23.

Levitt, R. (1977). *The Reorganised National Health Service*, (2e édition). Londres: Croom Helm.

- McCarthy, M. (1989). Le Royaume-Uni : un rôle en évolution à l'intérieur du Service national de santé. Dans P. Duplessis (sous la direction de), *Santé publique et pays industrialisés* (pp. 7-27). Québec: Les Publications du Québec.
- McIntosh, I. (1978). The Canadian Officer of Health : A Look at his Future. *Canadian Journal of Public Health*, 69, 355-59.
- Middleton, J. et al. (1991). Write the annual report of the director of public health. *British Medical Journal*, 302, 521-22.
- Rhodes, A.J. (1962). Changing Emphasis in Public Health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 53, 320-322.
- Roy, M. (1987). *Les CLSC*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Saward, E. (Ed.). (1976). *The Regionalization of Personal Health Services*. New York: Prodist.
- Schwenger, C. (1973). Santé publique ou communautaire? *Canadian Journal of Public Health*, 64, 117-120.
- Seacat, M.S. (1977). Neighborhood Health Centers: A Decade of Experience. *Journal of Community Health*, 3(2), 156-170.
- Seipp, C. (Ed.). (1963). *Health Care for the Community: Selected Papers of Dr John B. Grant*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Shepard, W., & Roney, J. (1994). The Teaching of Preventive Medicine in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, part 2, XLII (4), 13-52.
- Terris, M. (1975). Evolution of Public Health and Preventive Medicine in the United States. *American Journal of Public Health*, 65(2), 161-169.
- Terris, M. (1990). Public Health Policy for the 1990s. *Journal of Public Health Policy*, 11(3), 281-295.
- Troop, P. (1991). *Brève introduction au système de santé de l'Angleterre*. Congrès annuel de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire, Québec.

Abstract

Having been influenced by a number of factors, public health concepts and practices have undergone profound modifications since 1945. Using examples and particularities of the U.S.A. Great Britain and Canada, the author describes three important events that changed the conception and practice of public health. The first concerns the epidemiological breakthroughs at the beginning of the 1940's; the second relates to the participative citizen movements of the 1960's; and the third, in the 1980's, focuses on the impact of new infectious diseases and the return of others that were believed to be no longer of any consequence.

Biographie

Georges Desrosiers est médecin. Il détient une maîtrise en administration hospitalière de l'Université de Montréal et un certificat de spécialiste en santé communautaire du Collège des médecins du Québec. Il a été directeur du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal de 1973 à 1981. Il est professeur titulaire dans ce même département. Son enseignement porte sur l'analyse des systèmes de santé et l'histoire de la santé publique. Son champ de recherche est l'histoire de la santé publique au Québec à laquelle il se consacre depuis une dizaine d'années.