



HAL
open science

La santé, usages et enjeux d'une définition

Pierre Aiach, Nicole Vernazza-Licht

► **To cite this version:**

Pierre Aiach, Nicole Vernazza-Licht. La santé, usages et enjeux d'une définition. Prévenir - Cahiers d'étude et de réflexion, Revue PREVENIR (n°30), 248 p., 1996, n° thématique. hal-02017676

HAL Id: hal-02017676

<https://hal.science/hal-02017676>

Submitted on 13 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



PREVENIR

LA SANTÉ

USAGES ET ENJEUX
D'UNE DÉFINITION

Cahiers d'étude et de réflexion **30**
édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste
Premier semestre 1996



PREVENIR

N° 30

LES AUTEURS

Pierre AÏACH
Pierre ARWIDSON
Pierre CANTRELLE
Bernard CASSOU
Bernard GLORION
Yannick JAFFRÉ
Ilona KICKBUSCH
Antoine LAZARUS
Jonathan MANN
Bernard MARROT
Mohamed MEBTOUL
Georges MENAHEM
Andrée et Arié MIZRAHI
Jean-Paul MOATTI
Anne-Marie MOULIN
Hernando SALCEDO
Annie THÉBAUD-MONY
Jean TICHET
Nicole VERNAZZA-LICHT
Georges VIGARELLO
Mara VIVEROS
Sergio YACTAYO

CHRONIQUE BIBLIOGRAPHIQUE

François CHOBEAUX
Nicole DELFINO
Christine DUMOND
Colette ELLENA
Jean-Marc MURATI
Mathilde POIRSON
Roland WALGER

COMITE DE LECTURE

Pierre ARWIDSON, *Médecin*
Fernando BERTOLOTTI, *Sociologue*
Pascal CAPDEPON, *Médecin*
Jean PIERREL, *Travailleur social*
Jean-François REY, *Médecin*
Alain SIMONCINI, *Médecin*
Nicole VERNAZZA-LICHT, *Anthropologue*
Pierre ZAMMIT, *Responsable mutualiste*

COORDINATION SCIENTIFIQUE DE CE NUMERO

Pierre AÏACH, *Sociologue*
Nicole VERNAZZA-LICHT, *Anthropologue*

TRADUCTION DES TEXTES ASSURÉE PAR
Pierre ARWIDSON et Odile DELESTRE

Directeur de la Publication :
Jacques GRAFFARD

Rédacteur en chef :
Dominique DURAND

Secrétaire générale :
Edwige PADERNO

Secrétariat :
Sabine LEPIZZERA

Maquette-coordination :
Olivier MARTIN - Tél. (04) 91.90.62.26

Rédaction :
13, rue Marceau
37000 TOURS
Tél. : (02) 47.64.46.94
Fax : (02) 47.66.77.61

Administration et diffusion :
PREVENIR - CVM
BP 92
13362 Marseille Cedex 10
CCP : 193559 W Paris
Tél. : (04) 91.18.49.58
Fax : (04) 91.18.49.62

Siège social de la CVM :
3-5, rue de Vincennes
93108 MONTREUIL Cedex

SOMMAIRE

I

Dominique DURAND, Editorial	3
Les définitions de l'O.M.S.	7
Annie THÉBAUD-MONY, Avant l'O.M.S. : des conférences internationales à la naissance de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	36
Ilona KICKBUSCH, Cinquante années d'évolution des concepts de santé à l'OMS : d'une définition à sa reformulation.....	43
Georges VIGARELLO, La santé : d'une définition négative à une vision positive.....	55

II

Antoine LAZARUS et Pierre AÏACH, "La santé. C'est la vie". Dialogue autour d'une définition	61
Bernard GLORION, Une définition d'actualité.....	73
Jean TICHET, Réconcilier intérêt collectif et intérêt individuel	77
Pierre CANTRELLE, Approche démographique de la notion de santé	83
Sergio YACTAYO, Faut-il définir différemment la santé en épidémiologie d'urgence ?	91
Claude SUFFIT, Marc ANDÉOL, Témoignages	97

III

Pierre AÏACH et Nicole VERNAZZA-LICHT, De la santé à la bonne santé, analyse à deux voix d'un micro-trottoir	101
Yannick JAFFRÉ, Les traits discrets de la santé et de la prise en charge du malade dans un village du Mali	115
Mohamed MEBTOUL, Les mots pour dire la santé, en Algérie, aujourd'hui	123
Mara VIVEROS et Hernando SALCEDO, Définition institutionnelle et définitions profanes de la santé. Analyse du cas colombien à partir de deux enquêtes.....	129

IV

Pierre ARWIDSON, La frontière entre la santé et le social.....	145
Andrée et Arié MIZRAHI, Concepts et mesure de l'état de santé en socio-économie	155
Georges MENAHEM, La santé est-elle un bien économique public ou privé ?.....	167
Jean-Paul MOATTI, Santé publique, médecine clinique et économie de la santé : vraies et fausses contradictions de l'individuel et du collectif	179
Bernard CASSOU, Santé publique : des politiques en trompe l'œil	193
Bernard MARROT, Refonder une politique de santé publique ?	199
Anne-Marie MOULIN, Y a-t-il une définition scientifique de la santé ou le cauchemar de l'interne de garde.....	207
Jonathan MANN, L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités. Un défi	217
Pierre AÏACH, Nicole VERNAZZA-LICHT, La santé, un sujet difficile.....	225
Lectures	229
La rédaction a reçu	239

Qu'est-ce que la santé et pourquoi la définir ? Si l'on peut considérer comme inhérent à la nature humaine le besoin de conceptualiser, encore faut-il trouver à la santé une essence qui autorise l'exercice. Cette quête est millénaire.

Silence des organes, absence de maladie, équilibre des humeurs, osmose avec le milieu, ensemble de sécurités dans le présent et d'assurances dans l'avenir, la santé ne se juge que dans son rapport temporel à l'individu.

La définition la plus connue est celle qu'a proposée, en juillet 1946, l'Organisation mondiale de la santé, et dont tout le monde connaît le premier paragraphe : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Contrairement aux apparences, cette définition a fait l'objet, si l'on y regarde de près, de différents amendements et surtout de copieux compléments à l'occasion de la Conférence internationale d'Alma-Ata, en 1978, sur les soins de santé primaires, puis des trois conférences internationales pour la promotion de la santé réunies, en 1986 à Ottawa, en 1988 à Adélaïde et en 1991 à Sundsvall. Définition perpétuellement en chantier donc, qui sera à nouveau amendée, comme l'annonce dans ce numéro Ilona Kickbusch, en juillet 1997, à Djakarta.

C'est autour de cette définition évolutive que nous avons choisi de composer ce dossier de Prévenir.

Nous la savons critiquée pour de multiples raisons, politiques ou pratiques. Elles auraient pu ordonner ce numéro de Prévenir... et elles offrent souvent, en contrepoint, une autre définition, comme le fait, ici même, Annie Thébaud-Mony et comme Prévenir sous la plume du Docteur Jean-François Rey, celles de Rolande Borrelly et Gérard Destanne de Bernis, l'avait tenté en son temps, autour d'une réflexion sur le rapport santé-travail¹.

Définition trop globale, trop idéaliste, inaccessible et sans rapport avec la vie de la plupart des individus pour les uns². Cache-misère démagogique, faillite tragique, pour d'autres³. Définition statique, qui ne donne pas l'idée d'un processus, comme le rappelait, ici même, Pascal Capdepon⁴. Enfin, définition pour faire quoi ? Alors que certains, comme ici Andrée et Arié Mizrahi la jugent inopérante et qu'Anne-Marie Moulin réfute même la possibilité d'une définition construite en toute rigueur méthodologique.

Et donc, intrinsèquement, définition utile et nécessaire en cela même qu'elle oblige, sitôt qu'on s'exerce à parler de l'objet santé, à exprimer son opposition

ou son accord, à se situer par rapport à elle et à toujours apprécier, terme à terme, la rupture tentée en 1945 par une poignée de médecins et un aréopage d'hommes politiques, embarqués dans le grand chambardement de l'après-guerre.

Rupture, car depuis fort longtemps on a cherché à définir la santé, mais avant 1946, jamais de cette façon-là, ni dans un but collectif. Premier choix, dans ce numéro, celui d'une confrontation pugnace avec le texte de l'O.M.S., une confrontation en forme d'exégèse, au mot à mot, et dont la définition – ce n'était pas obligatoirement notre choix initial – sort grandie et pour cette rupture qu'elle introduit dans la construction de l'objet santé, mais aussi pour les potentiels d'analyses et de réalismes qu'elle recèle. Antoine Lazarus, au fil du dialogue qu'il a engagé avec Pierre Aïach, et alors qu'il procède à une véritable explication de texte, trouve dans un premier temps cette définition sage avant de la qualifier de "définition de sauvetage, sans effets pervers". Bernard Glorion souligne son actualité pour un médecin, comme le fait Jean Tichet, Serge Yactayo illustre son intérêt pratique en médecine d'urgence. Et on aurait tort d'apprécier le témoignage de Claude Suffit, ou le commentaire de Marc Andéol comme une condamnation, le travail pouvant être considéré comme une activité d'échanges entre l'homme et son milieu et la santé comme l'expression de la qualité de cette échange.

"Il y a une quinzaine d'années, écrit Pierre Aïach, il m'était apparu que les différents types de définition de la santé ou de la maladie étaient essentiellement fonction du capital culturel des sujets. Ainsi, la définition donnée était d'autant plus abstraite et théorique que l'on se trouvait en haut de l'échelle sociale ; elle était au contraire d'autant plus en prise sur le vécu et chargée d'affectivité qu'on était placé en bas de cette échelle".
Quinze ans plus tard, qu'en est-il ?

Nous aurions pu être tentés d'ordonner ce numéro sur une confrontation entre ce que Nicole Vernazza-Licht, Mara Viveros et Hernando Salcedo appellent, après d'autres, la définition profane de la santé – le bas de l'échelle – et une définition scientifique – le haut de l'échelle. Nous aurions eu tort. Le micro-trottoir réalisé dans plusieurs lieux parisiens et observé aujourd'hui par Pierre Aïach et Nicole Vernazza-Licht confirme bien la difficulté pour la plupart des gens interrogés de donner une définition abstraite de la santé, et cette difficulté est partagée par tous. Les "gens les plus simples, écrivent-ils, optent pour une réponse exprimant un jugement de valeur, fonction de leur propre expérience et trouvant place dans le système de valeurs propres à leur milieu social". Les professionnels de santé et les scientifiques que nous avons invités à discuter de la définition de la santé dans ce numéro partagent ce jugement, même si leur profession les conduit à considérer la santé comme un domaine. Domaine économique, domaine sociologique, domaine politique.

Quelle est donc la définition profane partagée par tous et qui s'impose, même si elle n'est pas opératoire ?

Pour les personnes écoutées par Pierre Aïach et Nicole Vernazza-Licht, elle est simple : la santé, c'est d'abord l'absence de maladies, de douleurs, de "pro-

blèmes de santé”. Mais c’est aussi “avoir la pêche”, “être en forme”, “avoir le moral”, “être bien dans sa peau”. Le miroir donc de la définition officielle. Ce que confirment amplement les fragments d’un discours populaire recueillis au Mali par Yannick Jaffré, les mots pour dire la santé utilisés par des femmes d’Alger, Constantine et Oran et restitués par Mohamed Mebtoul, ou encore l’enquête menée à Villeta, en Colombie, par Mara Viveros et Hernando Salcedo. Ce que confirme également, tout aussi clairement, le rapide éclairage historique que nous avons demandé à Georges Vigarello et le “prologue Andalou” d’Anne-Marie Moulin.

La santé perçue n’est évidemment pas la santé mesurée, individuellement ou collectivement. Mais peut-on mesurer la santé ? Non, dit Anne-Marie Moulin, car la santé n’a pas d’essence définissable, n’est pas un état. Oui, soutiennent, chacun à leur manière, Pierre Arwidson, Andrée et Arié Mizrahi. Le premier évoque dans sa contribution, l’arsenal de questions standardisées, la panoplie de tests disponibles pour évaluer un état de santé qui n’est pas seulement lié à un état pathologique⁵. Quant aux seconds, bien qu’appuyant leurs études sur une définition de la santé caractérisée par l’absence de maladie, et donc sur la mesure de la morbidité, ils peuvent écrire : “Mais où doit-on arrêter la notion de maladie ?”⁶.

Ce débat, on l’imagine, nous entraîne sur le difficile terrain de l’établissement de normes et Jean-Paul Moatti poursuit dans ce numéro le débat ouvert, sur ce sujet, par Christiane Sinding dans le numéro 22 de Prévenir⁷.

Définir la santé n’a d’intérêt que si on tente de l’améliorer. C’est finalement la grande découverte du XX^e siècle. Pierre Arwidson comme Jonathan Mann rappellent que le système de soins participe aujourd’hui de façon minoritaire à cette amélioration, même si le système de protection sociale peut, lui, être plus facilement mis en cause, comme différents auteurs l’ont amplement démontré dans le numéro 28 de Prévenir. La génétique, les premières années de vie, l’environnement socio-économique, le lien social comme la situation dans la hiérarchie sociale, en un mot les déterminants sociétaux, sont maintenant reconnus éminemment responsables des trajectoires de santé. Le rapport général sur la santé en France du Haut Comité de la santé publique en prend acte. La santé de l’individu est à ce titre une affaire publique et met en jeu l’harmonie de la société. Il nous faut donc parler de politiques de santé.

Si Bernard Cassou et Bernard Marrot sont les deux seuls auteurs de ce numéro à aborder de front la question, elle est récurrente dans toutes les autres contributions. Quoi de plus normal après tout. Le besoin de santé est de moins en moins éprouvé comme un manque, une absence, quelque chose de négatif, mais comme un besoin positif. Georges Vigarello nous a d’ailleurs entraîné sur ce chemin. La nature même des activités imposées par la vie sociale exige de chacun une diversité de plus en plus élaborée d’aptitudes physiques, intellectuelles, morales, sociales, aptitudes qui dessinent une définition de la santé – celle de l’O.M.S. – faisant appel à l’individu comme au collectif⁸.

Un dernier point. Prévenir a fait de la définition de l’O.M.S., son principe éditorial et n’a pas manqué, nous l’avons dit, de s’y confronter de manière per-

manente. L'article le plus significatif, paru dans le cadre d'un numéro sur "Travail et santé" se terminait – bien évidemment – par l'esquisse d'une définition qu'il n'est pas inutile de relire aujourd'hui car elle manifeste déjà les qualités et les défauts auxquels se trouvent confrontés, comme l'écrit aujourd'hui Pierre Arwidson, "les fabricants de synthèses et d'utopie" : "La santé correspond à un processus global dans lequel interviennent, pour chacun, son histoire personnelle, son travail, l'ensemble de ses relations sociales. La maladie apparaît alors comme un échec ou une rupture de ce processus. La santé, l'état de santé (il faut noter le glissement qui vient de s'opérer du concept santé à la notion d'état de santé) ne sont pas fixés une fois pour toutes. Ils répondent à tout moment à une dynamique. C'est la réponse à des besoins qui ne sont jamais figés, mais eux-mêmes en évolution permanente. Cette réponse, satisfaisante ou pas, permet à chaque individu d'apprécier la qualité de ses rapports avec l'ensemble de son environnement. L'état de santé de l'individu réfléchit alors la réponse qu'il est en mesure d'apporter à ses besoins de créativité et d'épanouissement aux différentes phases de son existence..."⁹

Laissons, pour conclure, le Docteur Pascal Capdepon, qui avait, il y a deux ans¹⁰, posé les premiers jalons de cette livraison de Prévenir, proposer à son tour une définition : "La santé est le point d'équilibre entre la capacité individuelle d'adaptation au milieu, la possibilité d'intervenir seul ou collectivement sur son environnement physique, économique et social, et les conséquences des politiques publiques, dans une perspective de développement des potentialités physiques, sociales, et mentales de chacun".

Dominique Durand

Notes

- 1 Rolande Borrely, Gérard Destanne de Bernis, Jean-François Rey, Pour une meilleure compréhension de la santé, *Prévenir* n° 2, "Travail et Santé", octobre 1980, p. 109 et suivantes.
- 2 Cité par Don Nutbeam, responsable de la recherche au Welsh Heart Programme de Cardiff dans son livre *Health Promotion*, Oxford University Press, 1986.
- 3 Dans un article du Professeur Marc Gentilini consacré à Alma-Ata et intitulé : "Alma-Ata : le programme de l'O.M.S. : illusion ou imposture". In *Projections* n° 1, 1989/1990, Médecine et Anthropologie, pp. 129-134.
- 4 Pascal Capdepon, Redéfinir la santé, *Prévenir* n° 26, premier semestre 1994, p. 219.
- 5 Comment ne pas penser à la quarantième leçon du "Cours de philosophie positive" d'Auguste Comte, publié par Hermann, p. 695-696.
- 6 Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, 1994.
- 7 Christiane Sinding, Prévoir pour Prévenir ? Les concepts de la maladie et de la santé dans la médecine prédictive, *Prévenir* n° 22, premier semestre 1992, p. 55 et suivantes.
- 8 Claudine Herzlich, Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot 1984 et 1991. Dans cette dernière édition et sur ce sujet, notamment le chapitre XII, p. 259 et suivantes.
- 9 Voir note 1.
- 10 Voir note 4.

LES DÉFINITIONS DE L'OMS

- Projet pour le “préambule” à la Convention de l'OMS (21 mars 1946).
- Préambule à la Constitution de l'OMS (22 juillet 1946).
- Déclaration d'Alma-Ata (12 septembre 1978).
- Charte d'Ottawa : vers une nouvelle santé publique (21 novembre 1986), adoptée au cours de la première conférence internationale pour la promotion de la santé.
- Recommandations d'Adélaïde : Politiques pour la santé (5 - 9 avril 1988), déclaration finale de la 2^e conférence internationale pour la promotion de la santé.
- Déclaration de Sundsvall : Les milieux favorables à la santé (9 - 15 juin 1991), adoptée par les participations à la 3^e conférence internationale pour la promotion de la santé.



La seconde Guerre mondiale n'est pas encore terminée. Les combats continuent en Europe et dans le Pacifique. A San Francisco cependant, les principales puissances se réunissent pour parler non d'un nouveau partage du monde mais de la création d'un monde meilleur et d'une organisation capable d'apaiser les conflits. Personne ne songe encore à constituer un organisme international à vocation sanitaire.

Le Docteur Szeming Sze, membre de la délégation chinoise, raconte dans ses mémoires¹ comment, à l'occasion d'un déjeuner, sans doute le 2 mai 1945, les trois médecins présents à la Conférence de San Francisco décidèrent de "lancer une nouvelle organisation de la santé, pour clarifier la situation et fusionner toutes les organisations qui existaient en une seule" – Karl Evang, le Norvégien ; Geraldo de Paula Souza, le Brésilien ; Szeming Sze, le Chinois.

"A cette époque, dira plus tard le D^r Sze², il y avait plusieurs entités à vocation sanitaire : l'Office international d'Hygiène publique (OIHP) issu des conférences sanitaires internationales et qui fonctionnait depuis 1907 ; l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, créée après la première Guerre mondiale, et la section d'Hygiène de l'Administration des Nations-Unies pour les secours et la Reconstruction (UNRRA) qui s'occupait d'action sanitaire au lendemain de la deuxième Guerre mondiale. En outre, il y avait des organisations régionales comme le Bureau sanitaire panaméricain et le Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte"...

Au nom des délégations du Brésil et de la Chine – le docteur Evang a été rappelé en Norvège – une recommandation tendant à la convocation d'une conférence générale en vue de créer une organisation internationale de la santé est donc approuvée à l'unanimité par la conférence. En février, le Conseil économique et social des Nations-Unies met la machine en route. Une commission technique préparatoire se réunit à Paris du 18 mars au 5 avril 1946. Elle tiendra 22 réunions, avant de présenter un "projet pour le « préambule » à la convention de l'Organisation Mondiale de la Santé."

22 réunions au cours desquelles seront discutées les propositions présentées, au nom du Royaume-Uni par Sir Wilson Jameson, au nom des Etats-Unis par le Surgeon-General T. Parran, au nom de la France par les Docteurs A. Cavaillon et X. Leclainche, au nom de la Yougoslavie par le Docteur Andrija Stampar.

"Beaucoup de gens ne voyaient pas la nécessité de définir la santé dans la Constitution de l'OMS, écrit le Docteur Sze. Je n'y ai été associé que parce que j'avais été appelé à siéger au comité du Préambule de la Commission préparatoire technique. Je crois me souvenir que nous y étions trois : un Canadien, le D^r Brock Chisholm (qui est ensuite devenu le premier Directeur général de l'OMS), un Argentin, le D^r Gregorio Bermann et moi-même. C'était un petit groupe très sympathique au sein duquel beaucoup d'idées intéressantes ont été échangées. Chisholm, en tant que psychiatre, voulait que l'on mentionne la santé mentale, et, de mon côté, je pensais qu'il fallait introduire quelque chose qui souligne l'importance de l'action préventive. C'est comme cela que nous en sommes venus, dans la Constitution, à définir la santé comme un état qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie.

Le D^r H.S. Gear, de l'Afrique du Sud a amélioré la formulation pendant la conférence internationale sur la santé mais le texte définitif est resté sensiblement le même..."

New-York, 19 juin-22 juillet 1946. Conférence internationale de la santé. Naissance officielle d'une définition.

"Les autorités françaises et le personnel de l'OIHP voulaient que la conférence ait lieu à Paris, dit le Dr Sze, parce qu'ils voulaient faire en sorte que la future organisation s'y installe. Les Etats-Unis et, dans une moindre mesure, le Royaume-Uni y étaient opposés et proposaient que la conférence ait lieu à Atlantic City, aux Etats-Unis. Mon Gouvernement n'étant ni pour les uns ni pour les autres se devait d'élaborer un compromis. Les travaux de la commission préparatoire s'étant déroulés à Paris, la conférence elle-même aurait lieu à New York. Ce fut le Docteur Stampar qui fit décider, plus tard, que le siège de l'organisation serait à Genève."

D. D.

Notes

- 1 Szeming Sze, *The origins of the World Health Organization : a personal memoir, 1945-1948*, Boca Raton, FL, USA, Lisz Publications, 1982. Né à Tianjin en 1908, diplômé de l'Université de Cambridge et de l'Ecole de médecine de l'Hôpital Saint-Thomas de Londres en 1932, le Docteur Sze a été secrétaire général de l'association médicale chinoise de 1937 à 1941. Spécialiste des problèmes d'éducation pour la santé, il fonda la Ligue chinoise de la Santé en 1937 et fut nommé expert technique auprès de l'Administration nationale de la santé en 1938. Mobilisé de 1941 à 1945, il fut détaché au Ministère des Affaires étrangères ce qui lui valut d'assister à la Conférence de San Francisco, en 1945. Il entra au Secrétariat des Nations Unies à New York en 1948 et en devint le directeur médical en 1954. Il a pris sa retraite en 1968.
- 2 *Forum mondial de la Santé*, volume 9, WHO, Genève, 1988, pages 31 et ss.

PROJET POUR LE "PRÉAMBULE"

A LA CONVENTION DE L'OMS

21 MARS 1946

Les Etats parties à cette Convention mondiale reconnaissent ces vérités fondamentales, qui semblent devoir être à la base de relations harmonieuses entre les peuples, dans un monde pacifié.

Le droit à la santé est un des droits fondamentaux que peut revendiquer tout être humain, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion.

La santé n'est pas seulement l'absence d'infirmité ou de maladie, mais un état d'équilibre physique et mental et de bien-être social.

La santé constitue un élément essentiel de sécurité et de bien-être pour les individus et pour les nations.

Les libertés fondamentales ne peuvent être établies et maintenues que lorsque les populations sont en bonne santé, convenablement alimentées et protégées des maladies.

L'extension à tous des bienfaits des connaissances médicales, psychologiques et connexes, constitue l'objectif à atteindre.

La saine préparation de l'enfant à son rôle de citoyen du monde est d'une importance primordiale.

Les gouvernements sont responsables de la santé de la nation, que seule l'organisation de services sanitaires appropriés peut assurer.

L'efficacité maximum de ces services de santé exige la coopération de l'action combinée de toutes les nations et de tous les états dans le domaine de la santé.

L'inégalité des niveaux de développement des divers pays en ce qui concerne la santé et les maladies contagieuses constitue un danger pour tous.

L'expérience d'un pays dans l'organisation sanitaire est précieuse à toutes les nations.

Une opinion informée et une collaboration active du public sont d'une extrême importance pour l'amélioration de la santé populaire.

Des solutions aux problèmes de la santé internationale et des questions connexes sont essentielles à la création des conditions de stabilité et de bien-être, nécessaires aux relations pacifiques et amicales entre les nations ainsi qu'il est déclaré dans la Charte des Nations Unies.

Les Etats parties à la Convention mondiale reconnaissant ces vérités, établissent par les présentes, en tant qu'institution spécialisée, l'Organisation Mondiale de la Santé, par l'intermédiaire de laquelle les nations coopéreront en vue de protéger et d'améliorer la santé dans le monde entier.

PRÉAMBULE

A LA CONSTITUTION DE L'OMS

22 JUILLET 1946

La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946¹ et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième et la Trente-Neuvième Assemblées mondiales de la Santé² sont entrés en vigueur respectivement le 3 février 1977, le 20 janvier 1984 et le 11 juillet 1994. Ils sont incorporés au présent texte.

Les Etats parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.

Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

Acceptant ces principes, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par les présentes l'Organisation Mondiale de la Santé comme une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations-Unies.

Notes et références bibliographiques _____

- 1 Actes officiels, Organisation mondiale de la Santé, 2, 100.
- 2 Résolutions WHA 26.37, WHA 29.38 et WHA 39.6.

DOCUMENT
INTÉGRAL

LA DÉCLARATION D'ALMA-ATA

12 SEPTEMBRE 1978

Elle vise à promouvoir les soins de santé primaires pour permettre l'accès de tous à un niveau de santé acceptable ; en voici le contenu :

La conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I. La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II. Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III. Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement et les pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples sont la condition *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV. Les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées.

V. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale.

VI. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire.

VII. Les soins de santé primaires :

1- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;

2- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;

3- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;

4- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;

5- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

6- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;

7- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII. Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. A cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX. Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.



La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

DOCUMENT
INTÉGRAL

LA CHARTE D'OTTAWA

VERS UNE NOUVELLE SANTÉ PUBLIQUE

21 NOVEMBRE 1986

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Promotion de la santé

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un écosystème stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé,

Plaidoyer pour la santé

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

Mise en place des moyens

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même tant pour les femmes que pour les hommes.

Médiation

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

Actions pour promouvoir la santé

Elaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

Création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent à tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration

et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

Acquisition d'aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

La marche vers l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la

capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie ; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'engagement à l'égard de la promotion de la santé

Les participants à la Conférence s'engagent :

- à se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs ;
- à lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée ; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé ; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé ; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur ; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

DOCUMENT
INTÉGRAL

LES RECOMMANDATIONS D'ADÉLAÏDE

POLITIQUES POUR LA SANTÉ

5-9 AVRIL 1988

L'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata, en 1978, a marqué une étape décisive dans le mouvement en faveur de la Santé pour tous auparavant lancé par l'Assemblée mondiale de la Santé. S'appuyant sur le constat que la santé est un objectif social fondamental, la déclaration finale de la 2^e Conférence internationale sur la promotion de la santé qui s'est tenue en Australie, à Adélaïde, en avril 1988, a donné aux politiques de santé une nouvelle orientation en privilégiant la participation de la population, la coopération entre les divers secteurs de la société et les soins de santé primaires.

L'esprit d'Alma-Ata

L'esprit d'Alma-Ata a trouvé un écho dans la Charte pour la promotion de la santé adoptée à Ottawa en 1986. Cette Charte mettait le monde au défi de mener une nouvelle action de santé publique en réaffirmant que la justice sociale et l'équité constituaient les préalables de la santé et qu'une action de plaidoyer et de médiation était le moyen d'y parvenir.

La Charte dégageait cinq domaines d'action pour la promotion de la santé :

- forger des politiques pour la santé,
- créer des environnements favorables,
- développer les aptitudes personnelles,
- renforcer l'action communautaire,
- réorienter les services de santé.

Ces domaines d'action sont bien sûr interdépendants, mais l'adoption de politiques pour la santé crée l'environnement qui rend possibles les quatre autres types d'action.

La Conférence d'Adélaïde sur la politique publique pour la santé a poursuivi dans la direction esquissée à Alma-Ata et à Ottawa en s'appuyant sur la dynamique alors enclenchée. Deux-cent-vingt participants venus de quarante-deux pays ont fait part de leur expérience dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce type de politique. Les stratégies ci-après, préconisées en vue de l'établissement de politiques pour la santé, sont l'aboutissement du consensus qui s'est instauré à la Conférence.

Les politiques pour la santé

Les politiques pour la santé se caractérisent par le souci explicite de garantir la santé et l'équité dans tous les domaines politiques et par l'obligation de rendre compte des retombées, sur le plan de la santé, des décisions prises dans les divers secteurs. Leur but principal est d'instaurer un environnement propice qui permette à chacun de mener une vie saine. Ces politiques rendent possibles, voire facilitent, les choix des citoyens en faveur de la santé. Elles font en sorte que l'environnement social et physique renforce la santé. Dans cette optique, les secteurs publics responsables de l'agriculture, du commerce, de l'éducation, de l'industrie et des communications doivent tenir compte du rôle essentiel de la santé lorsqu'ils formulent leurs grandes orientations. Ils doivent aussi être tenus pour responsables des conséquences de leurs décisions politiques sur la santé et accorder la même attention à la santé qu'aux problèmes économiques.

La valeur de la santé

La santé est à la fois un droit fondamental de l'homme et un excellent investissement social. Les gouvernements doivent investir dans les politiques pour la santé et dans la promotion de la santé afin d'améliorer l'état de santé de tous les citoyens. Un principe fondamental de la justice sociale veut que chacun ait accès à tout ce qui est indispensable pour mener une vie saine et satisfaisante. Cela soulève aussitôt la question de la productivité de la société, en termes aussi bien sociaux qu'économiques. Les politiques pour la santé ne tarderont pas à avoir des retombées économiques à long terme, comme l'ont montré les études de cas présentées à la Conférence. Il faut redoubler d'efforts pour lier les politiques économiques, sociales et de santé dans une action intégrée.

Équité, accès et développement

Les inégalités face à la santé sont enracinées dans les inégalités au sein de la société. Comblar l'écart de santé entre les personnes désavantagées du point de vue social et éducatif et les autres exige une politique qui améliore l'accès aux biens et aux services favorables à la santé et crée des environnements d'appui. Cette politique doit donner la priorité aux groupes défavorisés et vulnérables. D'autre part, elle doit reconnaître le caractère spécifique de la culture des peuples indigènes, des minorités ethniques et des immigrants. L'égalité d'accès aux services de santé, notamment aux soins de santé communautaires, est un aspect décisif de l'équité en matière de santé.

Les évolutions structurelles rapides nées des nouvelles technologies peuvent engendrer de nouvelles inégalités face à la santé. Le tout premier but fixé par la Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé en vue de la santé pour tous est explicite à cet égard :

D'ici l'an 2000, les écarts réels d'état de santé entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient avoir été réduits d'au moins 25 %, grâce à une élévation du niveau de santé dans les pays et les groupes défavorisés.

Etant donné l'importance des écarts de santé entre les pays, phénomène sur lequel s'est penchée la Conférence, les pays développés ont pour devoir de veiller à ce que leurs politiques aient des effets positifs sur la santé des nations en développement. Les participants à la Conférence ont recommandé que tous les pays élaborent des politiques publiques pour la santé qui s'attaquent expressément à ce problème.

Responsabilité et santé

Les recommandations de la Conférence ne se concrétiseront que si les autorités nationales, régionales et locales agissent. L'élaboration des politiques pour la santé est aussi importante au niveau local qu'au niveau national. En matière de santé, les gouvernements doivent fixer explicitement des buts qui mettent en valeur la promotion de la santé.

La responsabilité des pouvoirs publics à l'égard de la santé est un facteur indispensable au développement des politiques pour la santé. Les gouvernements et tous ceux qui maîtrisent les ressources sont, en fin de compte, responsables devant le peuple des conséquences de leur politique ou de leur absence de politique en matière de santé. En s'engageant à adopter les politiques pour la santé, les gouvernements doivent mesurer les répercussions que ces politiques auront sur la santé et les faire connaître dans un langage compréhensible par tous. L'action communautaire est vitale pour encourager la politique en faveur de la santé. Des efforts spéciaux, s'appuyant sur l'éducation et l'alphabétisation, doivent être faits pour communiquer avec les groupes spécialement visés par ces politiques.

Les participants à la Conférence soulignent la nécessité d'évaluer l'impact des grandes orientations. Il faut pour cela mettre sur pied des systèmes d'information, ce qui permettra de prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant l'affectation ultérieure des ressources pour la mise en œuvre des politiques.

Par les soins de santé

Les politiques pour la santé se proposent de relever les défis que pose, pour la santé, un monde de plus en plus dynamique et en pleine mutation technologique, avec ses interactions écologiques complexes et ses interdépendances internationales croissantes. Ces défis ont des conséquences que les systèmes de soins de santé, tels qu'ils sont aujourd'hui et tels qu'ils seront pour la plupart encore demain, ne peuvent assumer. Des efforts de promotion de la santé s'imposent et cela implique une approche intégrée à l'égard du développement économique et social, rétablissant les liens entre réforme sanitaire et réforme sociale, principe fondamental vers lequel tendent les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé depuis dix ans.

Partenaires dans l'action politique

Les gouvernements jouent un rôle important dans le domaine de la santé, mais celui-ci est aussi fortement influencé par des intérêts commerciaux et

industriels, des organismes non gouvernementaux et des organisations communautaires, dont il faut développer le potentiel de protection et de promotion de la santé de la population. Syndicats, milieux commerciaux et industriels, associations universitaires et dirigeants religieux ont bien des occasions d'agir dans l'intérêt de la santé de toute la communauté. De nouvelles alliances sont, par conséquent, nécessaires pour imprimer l'élan voulu à l'action de santé.

Domaines d'action

La Conférence a dégagé quatre domaines prioritaires qui appellent une action immédiate et qui fondent les politiques pour la santé.

Promotion de la santé des femmes

Les femmes sont en première ligne pour promouvoir la santé dans le monde et elles travaillent, la plupart du temps, sans rémunération ou pour un salaire minimal. Les réseaux et organisations de femmes sont des modèles pour l'organisation, la planification et la mise en œuvre des actions de promotion de la santé. Les décideurs et les institutions officielles devraient apprécier à leur juste valeur les réseaux de femmes et leur fournir un appui, faute de quoi cet investissement dans le travail des femmes accentuera les inégalités. Pour pouvoir participer vraiment à la promotion de la santé, les femmes doivent avoir accès à l'information, aux réseaux de communication et à l'argent. Toutes les femmes, notamment dans les groupes ethniques, indigènes et minoritaires, ont droit à l'autodétermination en santé et doivent être des partenaires à part entière dans la formulation des politiques pour la santé : c'est ce qui en garantira la pertinence culturelle.

La Conférence propose que les pays commencent par élaborer, au niveau national, une politique pour la santé des femmes, donnant une place centrale à leurs préoccupations en la matière et comportant notamment des propositions dans les domaines suivants :

- partage, sur une base d'égalité, du travail de soins assuré dans la société ;
- pratiques en matière d'accouchement fondées sur les préférences et les besoins des femmes ;
- mécanismes appuyant le travail de soins, par exemple aide aux mères, congé parental et congé pour soins aux personnes dépendantes.

Alimentation et nutrition

Éliminer la faim et la malnutrition est un objectif fondamental des politiques, lesquelles doivent garantir l'accès de tous à des quantités suffisantes d'aliments sains selon des modalités culturellement acceptables. Les politiques en matière d'alimentation et de nutrition doivent intégrer des méthodes, tant privées que publiques, de production et de distribution alimentaires à des prix abordables.

Les politiques d'alimentation et de nutrition, qui intègrent les facteurs agricoles, économiques et environnementaux et qui ont un impact positif sur la santé, aux plans national et international, doivent être prioritaires pour tous les gouvernements. La première étape consiste à fixer des buts concernant la nutrition et le régime alimentaire. Taxes et subventions doivent favoriser l'accès à des aliments sains pour tous et l'amélioration du régime alimentaire.

La Conférence recommande que les gouvernements agissent, dès à présent et directement, à tous les niveaux de leur pouvoir d'achat sur le marché de l'alimentation pour veiller à ce que la clientèle des services qu'ils contrôlent (services de restauration des hôpitaux, des écoles, des crèches, des services sociaux et des entreprises, par exemple) puisse accéder aisément à des aliments nutritifs.

Tabac et alcool

Le tabagisme et l'abus d'alcool sont deux grands problèmes de santé face auxquels il faut agir sans plus tarder en élaborant des politiques pour la santé. Non seulement le tabac est directement préjudiciable à la santé du fumeur, mais on connaît mieux désormais les conséquences du tabagisme passif, particulièrement pour les nourrissons. L'alcool contribue aux dissensions sociales, de même qu'aux traumatismes physiques et psychologiques. De plus, les graves conséquences écologiques de la culture du tabac comme culture de rapport dans des pays économiquement affaiblis ont contribué à la crise mondiale actuelle de la production et de la distribution alimentaires.

La production et la commercialisation du tabac et de l'alcool sont des activités productrices de revenus importants, notamment pour les gouvernements par le biais des taxes. Ceux-ci considèrent souvent que les conséquences économiques d'une réduction de la production et de la consommation de tabac et d'alcool par un changement de politiques seraient d'un prix trop lourd à payer par rapport aux bénéfices engrangés sur le plan de la santé.

La Conférence lance un appel à tous les gouvernements pour qu'ils songent au prix payé en potentiel humain perdu en cautionnant les pertes en vies humaines et les dégradations de l'état de santé attribuables au tabagisme et à l'abus d'alcool. Ils devraient s'engager à développer des politiques favorables à la santé en fixant, au niveau national, des cibles en vue de réduire sensiblement la culture du tabac et la production d'alcool, ainsi que la commercialisation et la consommation de ces substances d'ici l'an 2000.

Mise en place d'environnements favorables

Bien des gens vivent et travaillent dans des conditions préjudiciables à leur santé et sont exposés à des produits dangereux. Or, ces problèmes débordent souvent les frontières nationales. La gestion de l'environnement doit permettre de protéger la santé des hommes des effets délétères, directs ou indirects, des facteurs biologiques, chimiques et physiques et prendre en compte le fait que l'être humain fait partie d'un écosystème complexe. Les ressources naturelles extrêmement diverses mais limitées qui sont source de croissance sont essentielles à la survie, à la santé et au bien-être de l'humanité. Seul un environnement favorable à la conservation des ressources, grâce à des stratégies écologiques mondiales, régionales et locales, permettra d'appliquer des politiques pour la santé.

L'engagement des pouvoirs publics à tous les niveaux est une nécessité. Des efforts intersectoriels coordonnés s'imposent pour que la santé soit considérée comme un préalable essentiel au développement industriel et agricole. Au niveau international, l'Organisation mondiale de la Santé doit jouer un rôle de premier plan pour faire accepter ces principes et appuyer l'idée d'un développement durable.

La Conférence demande, à titre prioritaire, que les mouvements en faveur de la santé publique et de l'écologie s'associent pour mettre au point des stratégies de développement socio-économique et de conservation des ressources limitées dont dispose la planète.

Nouvelles alliances pour la santé

L'engagement en faveur de politiques favorables à la santé exige une approche qui privilégie la consultation et la négociation.

Ces politiques ont besoin de défenseurs énergiques capables d'inscrire la santé au premier plan des préoccupations des décideurs. Cela signifie qu'il faut encourager l'action des groupes de persuasion et aider les médias à interpréter des questions politiques complexes.

Les établissements d'enseignement doivent répondre aux besoins de la nouvelle action de santé en réorientant les programmes d'étude pour y inscrire l'acquisition de moyens d'action, ainsi que l'acquisition de compétences en matière de médiation et de persuasion. Il doit y avoir transfert de pouvoirs, passant du contrôle à l'appui technique, dans l'élaboration des politiques. De plus, il faut des instances où puissent être échangées les données d'expérience aux niveaux local, national et international.

La Conférence recommande que les organismes locaux, nationaux et internationaux prennent les mesures suivantes :

- création de centres d'échange pour promouvoir les bonnes pratiques en matière d'élaboration de politiques pour la santé ;
- mise en place de réseaux de chercheurs, de formateurs et de gestionnaires de programmes pour aider à analyser et mettre en œuvre ces politiques.

Engagement à l'égard de la santé dans le monde

Il existe plusieurs préalables indispensables à la santé et au développement social : la paix et la justice sociale, une alimentation nutritive et une eau propre, l'éducation et un logement décent, un rôle utile dans la société et un revenu suffisant, la conservation des ressources et la protection de l'écosystème. La vision qu'incarnent les politiques est la concrétisation de ces aspirations fondamentales à une vie saine. Instaurer la santé partout dans le monde suppose que l'on reconnaisse et que l'on accepte l'interdépendance à l'intérieur des pays et entre les pays. Pour s'engager à l'égard de la santé dans le monde, il faudra trouver des moyens efficaces de coopération internationale permettant d'agir face à des problèmes qui ignorent les frontières.

Défis pour l'avenir

1. La répartition équitable des ressources même dans des situations économiques défavorables pose un défi à toutes les nations.
2. La santé pour tous ne deviendra réalité que si l'instauration et la préservation de conditions de vie et de travail favorables à la santé deviennent une préoccupation centrale de tous les hommes politiques. Le travail sous tous ses aspects – travail de soins, possibilités d'emploi, qualité de la vie

professionnelle – a d'immenses répercussions sur la santé et le bien-être des individus. Il faut donc étudier l'impact du travail sur la santé et l'équité.

3. Encourager la collaboration (ou forger des partenariats) pour la paix, les droits de l'homme et la justice sociale, l'écologie et un développement durable dans le monde est le défi le plus essentiel que doivent relever les nations et les institutions internationales dans des politiques favorables à la santé.

4. Dans presque tous les pays, les responsabilités en matière de santé incombent à des organismes situés à des niveaux politiques différents. Dans l'intérêt de l'amélioration de la santé, il est souhaitable de trouver de nouvelles modalités de collaboration à chaque niveau et entre ces niveaux.

5. Les politiques pour la santé doivent veiller à ce que les progrès de la technologie médico-sanitaire soient un moteur et non pas un frein au progrès qui doit conduire à l'équité.

La Conférence recommande vivement que l'Organisation mondiale de la Santé poursuive, avec dynamisme, l'action de promotion de la santé fondée sur les cinq stratégies énoncées dans la Charte d'Ottawa. Elle invite instamment l'Organisation mondiale de la Santé à développer cette initiative dans toutes ses régions, comme faisant partie intégrante de son activité. L'appui aux pays en développement est au cœur de ce processus.

Réaffirmation de l'engagement

Dans l'intérêt de la santé mondiale, les participants à la Conférence d'Adélaïde invitent instamment toutes les parties concernées à réaffirmer leur détermination de forger la solide alliance de santé publique, voulue par la Charte d'Ottawa.

DOCUMENT
INTÉGRAL

DÉCLARATION DE SUNDSVALL

LES MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ

9-15 JUIN 1991

La Troisième Conférence internationale sur la promotion de la santé, ou Conférence de Sundsvall, convoquée sur le thème "des milieux favorables à la santé", s'inscrit dans une suite d'événements qui a débuté avec l'engagement pris par l'OMS, en 1977, d'instaurer la santé pour tous. Cette décision a été suivie par la Conférence internationale de l'UNICEF et de l'OMS sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata, en 1978, et la première Conférence internationale pour la Promotion de la Santé dans les pays industrialisés, réunie à Ottawa en 1986. Les réunions organisées ensuite à Adélaïde en 1988 sur une politique publique pour la santé, et à Genève en 1989 sur la promotion de la santé dans les pays en développement, ont permis de préciser l'importance et le sens de la promotion de la santé. Parallèlement à cette évolution dans le domaine de la santé, les préoccupations suscitées par les menaces qui pèsent sur notre environnement n'ont cessé de grandir. C'est ce qu'à clairement exprimé la Commission mondiale sur l'environnement et le développement dont le rapport décrit sous un jour nouveau les conditions nécessaires à un développement durable.

La Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, convoquée sur le thème "des milieux favorables à la santé", a été la première conférence mondiale dans ce domaine avec des participants venus de 81 pays. Ceux-ci ont demandé à tous les peuples du monde de prendre des mesures énergiques pour rendre les milieux plus favorables à la santé. Evoquant ensemble les questions de santé et d'environnement de notre temps, ils ont noté que des millions d'individus vivent dans la pauvreté et le dénuement le plus extrême, dans un environnement de plus en plus dégradé qui menace leur santé, faisant de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 un objectif très difficile à

atteindre. Pour progresser, il faut veiller à ce que l'environnement – physique, social, économique et politique – favorise la santé, au lieu de lui nuire.

La Conférence de Sundsvall a illustré par de nombreux exemples les moyens que pourraient mettre en œuvre les responsables politiques, les décideurs et les agents communautaires de la santé et de l'environnement pour créer des milieux favorables. Elle a reconnu que chacun avait un rôle à jouer dans cette entreprise.

Appel à l'action

Cet appel s'adresse aux responsables politiques et aux décideurs dans tous les domaines concernés et à tous les niveaux. Tous ceux qui s'emploient à promouvoir la santé, l'environnement et la justice sociale sont instamment priés de former une alliance pour atteindre l'objectif commun de la santé pour tous. Nous autres, participants à cette Conférence, nous sommes engagés à transmettre ce message à nos communautés, à nos pays et à nos gouvernements pour que soient prises les mesures qui s'imposent. Nous demandons aussi aux organisations du système des Nations Unies de renforcer leur coopération et de s'encourager mutuellement à œuvrer en faveur d'un développement durable et de l'équité.

L'existence d'un milieu favorable est d'une importance capitale pour la santé. Les deux sont interdépendants et indissociables. Nous demandons instamment que les conditions nécessaires aux deux soient considérées comme des objectifs essentiels lors de l'élaboration des priorités pour le développement, et occupent la première place dans la solution des conflits d'intérêt qui peuvent surgir dans la gestion au jour le jour des politiques des pouvoirs publics.

Le fossé qui se creuse, aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre pays riches et pays pauvres, traduit les inégalités qui existent dans le domaine de la santé, et cela est inacceptable. Des mesures s'imposent d'urgence pour instaurer la justice sociale dans le domaine de la santé. Dans les villes comme dans les campagnes, des millions d'individus vivent dans la pauvreté et dans un dénuement extrême, dans un milieu qui se dégrade de plus en plus. Un nombre imprévu et alarmant de personnes subissent les conséquences tragiques des conflits armés pour la santé et le bien-être. La croissance démographique rapide compromet sérieusement les chances d'un développement durable. Nombreux sont ceux qui sont obligés de survivre sans eau propre, sans alimentation correcte, sans abri et sans assainissement.

La pauvreté frustrer les gens de leurs ambitions et de leurs aspirations à un avenir meilleur, tandis que les limites de l'accès aux structures politiques nuisent à l'autodétermination. Pour beaucoup, l'instruction est inexistante ou insuffisante ou, sous ses formes actuelles, incapable de donner les moyens d'agir. Des millions d'enfants n'ont pas accès à un enseignement de base et ne peuvent guère espérer en un avenir meilleur. Les femmes, qui représentent la majorité de la population mondiale, sont encore opprimées. Elles sont sexuellement exploitées et les discriminations dont elles sont victimes sur le marché du travail et dans bien d'autres domaines les empêchent de jouer pleinement leur rôle dans la mise en place d'environnements plus favorables.

Dans le monde, plus de un milliard de personnes n'ont pas d'accès adéquat à des soins de santé essentiels. Les systèmes de santé doivent évidemment être ren-

forcés. La solution à ces problèmes considérables réside dans des mesures d'action sociale en faveur de la santé et dans les ressources et les capacités d'innovation des individus et des communautés. Pour tirer parti de toutes ces possibilités, il faudrait que nous modifiions radicalement notre façon de concevoir la santé et l'environnement et que se dégage un engagement politique clair et énergique en faveur de politiques de santé et d'environnement durables. Les solutions doivent être cherchées au-delà des limites du secteur traditionnel de la santé.

Des initiatives doivent être prises dans tous les secteurs qui peuvent contribuer à la création de milieux favorables à la santé et soutenues au niveau local par les membres de la communauté, au niveau national par les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales et au niveau mondial par les organisations internationales. Les secteurs concernés seront essentiellement ceux de l'éducation, des transports, du logement et du développement urbain, de la production industrielle et de l'agriculture.

Comment créer des milieux favorables à la santé

Du point de vue de la santé, l'expression *milieux favorables* désigne les aspects physiques et sociaux de notre environnement, c'est-à-dire le cadre de vie de l'individu, sa communauté, son foyer, son milieu de travail et ses lieux de détente, mais aussi les structures qui déterminent l'accès aux ressources vitales et les possibilités d'obtenir les moyens d'agir. Ainsi, les dimensions de toute action visant à créer un milieu favorable sont multiples : physiques, sociales, spirituelles, économiques et politiques. Tous ces aspects sont étroitement associés les uns aux autres en une interaction dynamique. Les mesures prises doivent être coordonnées aux échelons local, régional, national et mondial afin que soient mises au point des solutions réellement durables.

La Conférence a évoqué, en particulier, les quatre aspects suivants d'un environnement favorable :

1. La dimension sociale, c'est-à-dire les façons dont les normes, les coutumes et les schémas sociaux influencent la santé. Dans de nombreuses sociétés, l'évolution des relations sociales traditionnelles représente une menace pour la santé, par exemple en renforçant la solitude, en privant la vie de sens et de cohérence et en attaquant les valeurs et l'héritage culturel traditionnels.
2. La dimension politique, qui oblige les gouvernements à garantir une participation démocratique à la prise des décisions et à la décentralisation des responsabilités et des ressources. Elle suppose aussi un engagement en faveur des droits de l'homme, de la paix, et l'abandon de la course aux armements.
3. La dimension économique, qui suppose une redistribution des ressources en faveur de la santé pour tous et d'un développement durable, et notamment le transfert d'une technologie sûre et fiable.
4. La nécessité enfin de reconnaître et d'utiliser les compétences et les connaissances des femmes dans tous les domaines, y compris ceux de la politique et de l'économie, pour mettre en place des infrastructures plus propices à des environnements favorables à la santé. Il faudrait reconnaître que les femmes ont de lourdes tâches et veiller à ce que les hommes assument leur part de ce fardeau. Il faudrait que les associations féminines communautaires

aient les moyens d'intervenir plus énergiquement dans l'élaboration de politiques et de structures propres à promouvoir la santé.

Actions proposées

Pour la Conférence de Sundsvall, les actions envisagées afin de mettre en œuvre les stratégies de la santé pour tous doivent reposer sur deux grands principes fondamentaux :

1. L'équité doit être un objectif prioritaire fondamental de toute mesure prise pour créer des milieux favorables à la santé et mobiliser les énergies et les imaginations en associant l'humanité toute entière à cette entreprise unique. Toutes les politiques visant à un développement durable seront soumises à de nouvelles règles d'approbation en vue d'une distribution équitable des responsabilités et des ressources. Toute action et toute allocation de ressources sera guidée par le souci, clairement exprimé, de venir en aide aux plus pauvres, d'alléger le fardeau des marginalisés, des groupes minoritaires et des handicapés. Il faut que le monde industrialisé s'acquitte de la dette accumulée, sur les plans écologique et humain, à la suite de l'exploitation du monde en développement.

2. Toute action publique en faveur de milieux propices à la santé doit tenir compte de l'interdépendance de tous les êtres vivants, et bien gérer les ressources naturelles en se préoccupant des besoins des générations futures. Les peuples autochtones entretiennent avec leur environnement physique une relation spirituelle et culturelle unique qui peut être riche d'enseignements pour le reste du monde. Il est donc essentiel de les associer aux stratégies de développement et de prévoir des négociations pour préserver leurs droits à leurs terres et à leur héritage culturel.

Un objectif réaliste : renforcer l'action sociale

Cet appel pour la mise en place de milieux favorables à la santé peut être un objectif réaliste de l'action de santé publique au niveau local, avec pour cible privilégiée les contextes propices à un large degré de participation et de contrôle de la part de la communauté. Des exemples du monde entier ont été présentés à la Conférence dans les domaines de l'éducation, de l'alimentation, de l'habitat, de la protection sociale, du travail et des transports. Ces illustrations ont très bien montré qu'un milieu favorable permettait aux gens de développer leurs capacités et leur autoresponsabilité. Le rapport et le guide de la Conférence contiennent des renseignements détaillés sur ces projets concrets.

A l'aide des exemples ainsi présentés, les participants à la Conférence ont défini comme suit les quatre stratégies clés de santé publique susceptibles de promouvoir la création de milieux favorables au niveau de la communauté.

1. Renforcer l'action de plaidoyer au niveau de la communauté, notamment par le biais de groupes organisés par des femmes.

2. Donner aux communautés et aux individus les moyens de gérer leur propre santé et leur environnement par l'éducation et différentes mesures d'habilitation.

3. Constituer des alliances en faveur de la santé et de milieux favorables afin de renforcer la coopération entre les campagnes et les stratégies de santé et d'environnement.

4. Concilier les intérêts conflictuels de la société pour garantir un accès équitable à des milieux favorables à la santé.

En bref, l'habilitation des individus et la participation des communautés ont été définies comme les facteurs clés d'une action démocratique de promotion de la santé et comme l'élément moteur permettant d'atteindre l'autoresponsabilité et d'assurer le développement.

Les participants à la Conférence ont reconnu, en particulier, que l'éducation est un droit fondamental de l'homme et la clé des changements politiques, économiques et sociaux qui s'imposent pour que tous puissent prétendre à la santé. Chacun devrait avoir accès, tout au long de sa vie, à une éducation conçue sur des principes d'équité, eu égard notamment à la culture, à la classe sociale et au sexe.

Une perspective mondiale

L'humanité fait partie intégrante de l'écosystème de la terre. La santé des hommes est étroitement associée à l'environnement. Toutes les données disponibles montrent qu'il sera impossible de préserver la qualité de la vie des individus et de toutes les espèces vivantes sans modifier partout radicalement les attitudes et les comportements face à la gestion et à la protection de l'environnement.

Le grand dessein de notre époque doit être une action concertée visant à créer un environnement durable, favorable à la santé.

Au niveau international, les énormes disparités du revenu par habitant conduisent à des inégalités du point de vue non seulement de l'accès aux prestations de santé, mais aussi des moyens dont disposent les sociétés pour améliorer leur situation et garantir aux générations futures une certaine qualité de vie. Le dépeuplement des campagnes au profit des villes entraîne la prolifération des bidonvilles et des problèmes qui leur sont liés, notamment le manque d'eau propre et d'installations d'assainissement.

Les décisions politiques et le développement industriel reposent trop souvent sur des plans et sur une volonté de profit à court terme sans qu'il soit tenu compte de leur coût réel pour la santé et l'environnement. La dette mondiale appauvrit sérieusement les maigres ressources des pays pauvres. Les dépenses militaires augmentent et, outre les tributs qu'ils prélèvent en morts et en blessés, les conflits armés représentent maintenant de nouvelles formes de vandalisme écologique.

L'exploitation de la main-d'œuvre, l'exportation et l'évacuation de déchets et de produits dangereux, en particulier dans les nations les plus faibles et les plus pauvres, et le gaspillage des ressources mondiales témoignent d'une crise de l'approche actuelle du développement. Il est urgent de se doter d'une éthique nouvelle et de parvenir à un accord mondial basé sur la coexistence pacifique pour permettre une distribution et une utilisation plus équitables des ressources limitées de la planète.

Pour une responsabilisation mondiale

La Conférence de Sundsvall invite la communauté internationale à élaborer de nouveaux mécanismes de responsabilisation sanitaire et écologique reposant sur les principes d'un développement sanitaire durable. Dans la pratique, cela suppose que les grandes initiatives politiques et programmatiques soient assorties d'études de leur impact sur la santé et l'environnement. L'OMS et le PNUE sont invités à redoubler d'efforts pour élaborer des codes de conduite régissant la commercialisation et l'échange des substances et des produits nocifs pour la santé et l'environnement.

L'OMS et le PNUE sont instamment priés d'élaborer, à l'intention de leurs Etats Membres, des principes directeurs reposant sur l'idée d'un développement durable. Tous les organismes d'aides multilatérale et bilatérale et toutes les institutions de financement, comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, sont invités à utiliser ces principes directeurs lors de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation des projets de développement. Des mesures doivent être prises d'urgence pour aider les pays en développement à trouver des solutions à leurs problèmes. Une collaboration étroite sera maintenue avec les organisations non gouvernementales tout au long de ce processus.

La Conférence de Sundsvall a montré, une fois de plus, que les questions de santé, d'environnement et de développement humain sont indissociables. Le développement doit permettre l'amélioration de la qualité de la vie et de la santé tout en préservant l'environnement.

En conséquence, les participants à la Conférence prient instamment la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement qui aura lieu à Rio de Janeiro en 1992 de tenir compte de la Déclaration de Sundsvall lorsqu'elle étudiera la Charte sur la terre et le Programme 21 destiné à préparer l'avènement du XXI^e siècle. Ces deux documents devront faire à la santé la place importante qui lui revient. Seule une action mondiale basée sur un partenariat international préservera l'avenir de notre planète.

Le texte qui suit a été écrit à la fin des années soixante-dix, lorsque l'OMS tentait de définir la problématique des soins de santé primaires, en faisant en sorte de les faire adopter comme modèle d'organisation médicale, en prenant en compte les impératifs de « développement socio-économique » sans lesquels la santé telle que définie par l'OMS – un parfait état de bien-être physique, mental et social – ne pouvait s'améliorer. L'effet de rupture de cette définition par rapport aux priorités antérieures de l'action sanitaire internationale donnait espoir en une transformation sociale des rapports Nord-Sud, véhiculé également par l'utopie du nouvel ordre économique mondial.

Quinze années plus tard, il faut admettre que non seulement la définition de l'OMS est restée lettre morte dans la plupart des pays du monde, y compris les plus riches, et que le fossé n'a cessé de se creuser entre ceux qui bénéficiaient de soins de santé chaque jour plus sophistiqués et l'absolu déni de droit à la santé pour une écrasante majorité de la population mondiale.

Dans cette période où la santé publique apparaît si peu crédible avec les « affaires » – le sang contaminé, l'amiante, la vache folle – je voudrais ajouter une dimension à l'analyse critique que j'avais amorcée dans cette thèse. Non seulement l'action sanitaire internationale, dont l'OMS est le symbole, n'a pas contribué à la réduction des inégalités mais elle en a été l'acteur en donnant une caution à la diffusion très large, en particulier dans les pays du sud, de pollutions industrielles dont les effets durables s'ajoutent aux maux déjà multiples qui caractérisent la santé dans les pays « endettés » de la planète. Alors que l'amiante était connue depuis plus de trente ans comme un cancérogène puissant, dans les années 1990, les organisations internationales (OIT, OMS) ont parrainé des colloques et groupes de travail internationaux et cautionné leurs résultats, participant ainsi d'une gigantesque opération de lobbying, conduite par l'industrie, dont l'objectif était la réhabilitation de ce matériau, en dépit des connaissances acquises sur les risques qu'il engendre. L'industrialisation est aujourd'hui au cœur de la problématique de la santé publique.

Les travaux effectués depuis dix ans, dans le cadre d'une équipe de recherches en sciences sociales, ont progressivement contribué, non seulement à la réflexion critique de cette action mais surtout au choix d'approcher la santé de façon différente, en adoptant une définition qui l'envisage non comme un état mais comme un processus.

Depuis plusieurs années, cette définition de la santé comme construction sociale sert de fondement à la problématique sociologique dans laquelle s'inscrit toute démarche. Cette définition est la suivante : La santé est un processus dynamique par lequel l'individu se construit et chemine, processus qui s'inscrit dans le corps, dans la personne, les empreintes du travail, des conditions de vie, des événements, des douleurs, du plaisir et de la souffrance, de tout ce dont est faite une histoire individuelle dans sa singularité, mais aussi collective par l'influence des multiples logiques au cœur desquelles elle s'insère."

Annie Thébaud-Mony, juin 1996

DES CONFÉRENCES INTERNATIONALES

A LA NAISSANCE DE L'ORGANISATION

MONDIALE DE LA SANTÉ*

L'action sanitaire internationale avant la 1^{re} Guerre mondiale¹

C'est avec le développement des communications et du commerce international, sous l'essor de la révolution industrielle, que la nécessité d'accords sanitaires internationaux apparaît. En Europe, le choléra fait des ravages, essentiellement parmi la population ouvrière des zones urbaines surpeuplées², et d'autres épidémies incitent également les pays européens à mettre au point un règlement de la "Quarantaine internationale". Tel est le but de la conférence sanitaire internationale réunie à Paris en 1858³ qui, en cas d'accord et selon les termes mêmes employés par le président de la conférence, rendrait "d'importants services au commerce et à la navigation en Méditerranée, tout en sauvegardant la santé publique"⁴. Un double objectif apparaît ici, dès les premières tentatives d'action sanitaire internationale, à savoir la nécessité de préserver les possibilités nouvelles d'échanges commerciaux ouvertes par les nouveaux modes de production nés de la révolution industrielle, tout en limitant les conséquences néfastes des épidémies jusque-là non maîtrisées.

La première conférence échoue pour des raisons scientifiques (l'étiologie, les modes de transmission et les causes des maladies sont encore inconnues et

Annie THÉBAUD-MONY, Sociologue, Directeur de Recherche (INSERM U 292),
anime une équipe de recherche en sciences sociales sur le thème
"Inégalités sociales, industrialisation et santé".

Elle est l'auteur entre autres de "L'Envers des sociétés industrielles.

Approche comparative franco-brésilienne", l'Harmattan, 1990, Paris.

INSERM U 292 - Hôpital du Bicêtre, 82, rue G^l-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

interprétées de façons différentes par les uns et les autres) et un motif de procédure (la signature des délégations n'entraîne pas l'adhésion systématique des gouvernements représentés). Des accords bilatéraux interviennent mais sans parvenir à un consensus général. Il en est de même des cinq conférences suivantes : des conventions sont élaborées qui ne peuvent vaincre les désaccords sur l'origine du choléra, notamment, et des autres maladies. C'est à la septième Conférence internationale, réunie à Venise en 1892, que la première convention sanitaire est adoptée, un accord universel sur l'étiologie du choléra ayant été trouvé. Des conventions par rapport à d'autres maladies endémiques, la peste, la fièvre jaune, sont ensuite adoptées aux conférences suivantes.

L'action sanitaire internationale de la fin du XIX^e siècle reste en réalité très limitée. Elle est "dominée par deux préoccupations majeures, dont l'une était d'écarter toute entrave au commerce et aux transports, et l'autre d'assurer la « défense de l'Europe » contre les maladies pestilentielles d'origine exotique"⁵.

Si on rapproche ces préoccupations de la suprématie que l'Europe exerçait alors sur l'ensemble du monde, on mesure à quel point l'objectif essentiellement économique qui motivait les conférences sanitaires internationales en faisait non pas un moyen d'améliorer la santé mais un instrument complémentaire de sauvegarde des intérêts du capitalisme. Cependant la concertation sanitaire internationale n'est devenue possible qu'à partir du moment où elle a pu s'appuyer sur une explication biologique de la maladie, à l'époque qui marque ce que M. Foucault appelle la "naissance de la clinique", c'est-à-dire lorsque l'anatomie pathologique devient "science exacte" sur la maladie⁶. Détaché des contextes socio-économiques et culturels propres à chaque pays, le savoir sur la santé est alors considéré comme "neutre" et peut aussi faire l'objet d'une coopération sanitaire internationale.

La onzième conférence (1903) préconisait la création d'un office sanitaire international à Paris ; l'arrangement de Rome (1907) aboutit à la création de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP). A la même époque, les républiques américaines s'unissent pour constituer, au plan régional, le Bureau Sanitaire Pan-américain.

Les activités de l'OIHP se diversifièrent au fur et à mesure des progrès scientifiques accomplis dans la connaissance des maladies et la mise au point de quelques mesures d'hygiène (notamment la salubrité des denrées alimentaires). En réalité, l'échange d'informations – tant par les discussions que par la diffusion du *Bulletin de l'OIHP* – constitua, avec la révision des conventions internationales (choléra, peste, fièvre jaune), l'essentiel du travail du bureau permanent de l'OIHP. Toutes les activités furent suspendues pendant la 1^{re} Guerre mondiale, excepté la publication du bulletin mensuel.

En 1919, lors de la première session qui suivit la guerre, le président de l'Office formule les lignes directrices d'une nouvelle action internationale : *"La principale garantie, dit-il, de la sécurité internationale à l'égard de la maladie réside dans la santé publique intérieure de chaque unité nationale. L'idée d'une barrière contre la contagion avait fait son temps et le concept quarantenaire devait être considéré comme une superstition de la science ancienne. Il fallait circonscrire et éteindre les foyers endémiques de maladies transmissibles et une telle action présupposait un développement considérable et rationnel des services nationaux de santé publique. Les mesures sanitaires devaient être adaptées aux circonstances locales (...). Il fallait*

faire admettre aux masses la nécessité des mesures prises. Pour cela, elles devaient le comprendre, et cette compréhension ne pouvait être obtenue que par l'éducation⁷.

A une époque où la pratique médicale n'était pas encore véritablement structurée, les principes mettant l'accent sur l'importance de la santé publique comme moyen de lutte contre la maladie apparaissaient comme presque révolutionnaires ; ils resteront lettre morte au sein des organisations sanitaires internationales officielles. Ce sont les Sociétés de la Croix-Rouge (à l'initiative d'un Américain, Davison, président du Comité de guerre de la Croix-Rouge américaine) qui, après la guerre, orienteront résolument leur action vers **l'amélioration de la santé** par le renforcement des activités de santé publique.

La santé publique internationale entre les deux guerres

Entre les deux guerres, l'action sanitaire internationale se diversifie en relation avec l'importance des risques que font courir à l'Europe la famine et les épidémies (typhus, choléra) qui sévissent en URSS et en Pologne. Seuls à pouvoir fournir les secours sanitaires indispensables, les Etats-Unis vont ainsi acquérir un pouvoir grandissant dans l'organisation de cette action sanitaire internationale qui prend alors deux formes, l'une privée – avec la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge – l'autre intergouvernementale – avec les efforts de la Société des Nations pour parvenir à la création d'une organisation unique en matière d'hygiène et de santé.

Pendant ce temps, les Sociétés Croix-Rouge s'étaient réunies pour former deux organismes : le Comité international de la Croix-Rouge et la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge. Cette initiative de Davison, président du Comité de guerre de la Croix-Rouge américaine, avait pour but de faire de la Croix-Rouge une organisation internationale de promotion de santé.

Par contre, l'OIHP qui, selon les mots de Howard-Jones, constitue *“un club d'administrateurs de la santé publique de haut-rang, surtout européens, dont la principale préoccupation était de protéger leurs pays de l'importation de maladies exotiques, sans imposer de restrictions trop rigoureuses au commerce international⁸”*, manifeste une opposition farouche, durant toute la période de l'entre-deux guerres, à son intégration dans une organisation d'hygiène de la SDN, consacrée à la protection et à la promotion de la santé.

En dépit de nouvelles lignes d'action définies par son président, l'OIHP ne cherche nullement à ouvrir et à coordonner ses activités en vue d'une amélioration générale de la santé publique dans le monde.

Au début des années 1920, la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge organise et coordonne les secours en Pologne où l'épidémie de typhus décime la population, tandis que la SDN institue... une commission, la Commission des Epidémies qui, avec un budget minime (dons volontaires des pays membres de la SDN et subvention de la fondation Rockefeller) ne peut guère faire beaucoup plus que de constater la situation catastrophique en Pologne, aggravée par l'arrivée de nombreux immigrants quittant l'URSS où sévissaient la famine et le typhus. La Ligue des sociétés Croix-Rouge assure la formation et le maintien d'un cordon sanitaire tout le long de la frontière polonaise, tandis qu'une commission internationale dépendant de la Commission des épidémies de la SDN prend contact avec l'administration sanitaire russe et se charge de coordonner et diriger les efforts

des organisations volontaires de secours en URSS. Parallèlement, en 1921/1923 l'American Relief Administration introduit en URSS un matériel sanitaire d'une valeur de \$ 7 500 000, mais ceci "en dehors de l'appareil administratif de ce pays"⁹. M. Howard-Jones souligne que : "Si cet envoi n'avait pas été fait et si l'activité des USA ne s'était pas déployée dans tous les domaines, le système sanitaire établi autour de la Russie aurait été peut-être irrémédiablement rompu"⁹.

Le but de la Commission des épidémies de la SDN était en fait explicitement de "défendre l'Europe occidentale contre les maladies de l'Europe orientale"¹⁰. Il ne fut jamais question à la SDN d'engager une action quelconque contre la terrible famine qui sévissait aussi en URSS, probablement, comme le souligne Howard-Jones, "parce que la faim n'est pas contagieuse" !...

Le savoir médical a donc servi très tôt de moyen de pression politique : considéré comme neutre au niveau de la connaissance scientifique, il devient source de pouvoir à partir du moment où il peut être monopolisé par un pays ou un groupe de pays. C'est le sens du refus opposé par les Etats-Unis et l'OIHP à la création d'une organisation sanitaire internationale, non plus étroitement dominée par les pays occidentaux, mais dépendant de la Société des Nations. Ce refus a conduit à la mise en place de deux organisations internationales de santé : en 1923, la Société des Nations crée sa propre organisation d'hygiène – l'Organisation d'hygiène de la SDN – tandis que l'OIHP est maintenu tel qu'il était.

L'OIHP put ainsi sauvegarder son indépendance totale par rapport à la Société des Nations tout en s'octroyant une place de choix dans la nouvelle organisation puisqu'au Comité permanent d'hygiène (composé de 16 membres) il était représenté par 9 membres de son propre comité permanent. Impérativement, l'un des représentants de l'OIHP devait être délégué des Etats-Unis, du fait de l'importance du soutien financier, apporté moins d'ailleurs par le gouvernement américain que par la Société américaine de la Croix-Rouge et la Fondation Rockefeller¹¹.

Les activités de l'organisation d'hygiène de la SDN reflètent l'évolution progressive des buts de la santé publique en rapport avec les découvertes des sciences biologiques et médicales : d'abord, l'Organisation d'hygiène de la SDN crée un service de renseignements épidémiologiques chargé d'enregistrer les données concernant les maladies épidémiques. Puis, après la régression des épidémies d'Europe centrale, l'organisation met en place une Commission du paludisme (1923) qui marque un changement d'orientation : il ne s'agit plus d'empêcher la propagation d'une maladie d'un pays à l'autre, mais de connaître la maladie et les meilleurs moyens de lutte. D'autres commissions sont, par ailleurs, constituées : dès 1930, apparaît une Commission du cancer. Puis des considérations d'hygiène plus larges attirent l'attention, notamment l'habitation, l'hygiène rurale et la nutrition. Enfin, l'organisation oriente une grande partie de ses travaux vers la standardisation biologique qui est la consécration d'une approche "scientifique" de la maladie.

Par contre, l'action de la Ligue des sociétés Croix-Rouge reste cantonnée dans les activités de secours. La paix étant revenue, son budget (largement financé par la société Croix-Rouge américaine) baissa rapidement. Son rôle d'assistance en cas de guerre fut réaffirmé tandis que les membres de la SDN exprimaient une certaine méfiance à l'égard des activités de santé publique qu'elle avait pu engager.

L'action sanitaire internationale a ainsi été marquée dès l'origine par une double contradiction :

– l'une réside dans la neutralité proclamée de la lutte contre la maladie à partir d'une définition étroitement organique de ses causes – ce qui rend possible la coopération internationale puisque ainsi elle se situe au niveau scientifique –, alors que le but réel de l'action sanitaire a été, dès l'origine, éminemment politique et économique, c'est-à-dire ordonné au maintien des conditions d'échanges commerciaux entre les pays à une époque où ils devenaient essentiels à l'essor du capitalisme naissant ;

– l'autre contradiction tient à la confusion qui s'établit très tôt entre une action de santé publique synonyme d'amélioration des conditions de la santé, avec le développement de la médecine clinique comme moyen d'amélioration de la santé qui concentre toute l'action sanitaire sur l'intervention médicale clinique.

De la commission technique préparatoire à l'Organisation Mondiale de la Santé

En 1943, à l'organisation provisoire – qui allait devenir, en 1945, l'Organisation des Nations Unies – est attribuée la responsabilité de restructurer l'activité sanitaire internationale totalement démantelée durant la II^e Guerre mondiale.

En 1946, à la première réunion du Conseil économique et social de l'ONU, est adoptée une résolution (faisant suite à une déclaration d'intention de quelques membres de l'Organisation des Nations Unies lors de la conférence de San Francisco en 1945) portant création d'une commission technique préparatoire chargée de préparer la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. En juin 1946, se réunit à New York la conférence internationale de la santé qui adopte le projet de constitution établi par la commission intérimaire.

Tous les membres des Nations Unies étaient invités à devenir membres de la nouvelle organisation, la création de cette dernière étant subordonnée à l'adhésion d'un quorum de 53 membres, au moins, qui fut atteint deux ans plus tard, notamment en raison de l'opposition farouche des Etats-Unis aux prérogatives inscrites dans le projet de constitution de la nouvelle organisation.

La puissante American Medical Association opposait une vigoureuse hostilité à toute prérogative de la nouvelle organisation, autre que la santé publique et la médecine préventive : le système médical – dans le cas des Etats-Unis, la pratique médicale privée – devant rester, selon elle, le domaine réservé de chaque pays¹². Les Etats-Unis attendirent la veille de la 1^{re} Assemblée Mondiale de la Santé pour ratifier la constitution de l'OMS après de vigoureux débats au congrès, le Parti Républicain étant violemment opposé à ce que les Etats-Unis, par leur adhésion à l'organisation, se voient contraints de "payer la facture médicale du monde"¹³.

Dans ses premières années d'existence, le budget ordinaire de l'OMS était constitué à 50 % par la cotisation des Etats-Unis. De ce fait, ceux-ci ont acquis un pouvoir très important dans les instances de décision de l'organisation tandis que, sous la poussée des progrès technologiques en matière de lutte contre les maladies, les modèles d'intervention sanitaire occidentaux s'imposaient dans l'élaboration idéologique de l'organisation.

Références bibliographiques

- * Ce texte est extrait de "Besoins de santé et politique de santé, analyse des travaux de l'Organisation mondiale de la Santé, 1974-1978". Thèse pour le doctorat d'Etat, sous la direction du Professeur Louis-Vincent Thomas, Université Paris V, 1980.
- 1 N.M. Goodman, *International health organizations and their works*, 2^e édition, London, Churchill Livingstone, 1977. N. Howard-Jones, *Les bases scientifiques des conférences internationales (1851-1938)*, OMS, Genève, 1975.
 - 2 On sait quelles étaient alors les conditions de vie infrahumaines dans lesquelles vivaient les ouvriers à la fin du XIX^e siècle ; cf : F. Engels, *La situation des classes laborieuses en Angleterre (1845)*, Costes, 1933 ; E. Chadwick, *Report on the sanitary Conditions of the labouring populations in Great Britain*, London, 1842.
 - 3 La conférence comprenait 12 délégations : Autriche, Espagne, Etats Pontificaux, France, Grèce, Portugal, Royaume des Deux Siciles, Grande-Bretagne, Russie, Sardaigne, Turquie et Toscane.
 - 4 Cité dans *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Genève, 1958, p. 6.
 - 5 *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*, op. cit., p. 14.
 - 6 "Dans cette nouvelle image qu'elle se donne d'elle-même, l'expérience clinique s'arme pour explorer un nouvel espace : l'espace tangible du corps, qui est en même temps cette masse opaque où se cachent des secrets, d'invisibles lésions et le mystère même des origines. Et la médecine des symptômes, peu à peu, entrera en régression, pour se dissiper devant celle des organes, du foyer et des causes, devant une clinique tout entière ordonnée à l'anatomie pathologique" (M. Foucault, *Naissance de la Clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 123).
 - 7 *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*, op. cit., p. 21.
 - 8 N. Howard-Jones, La santé publique internationale entre les deux guerres, *Chronique OMS*, vol. 31, 1977, p. 432.
 - 9 N. Howard-Jones, La santé publique internationale entre les deux guerres, *Chronique OMS*, vol. 32, 1978, p. 36.
 - 10 SDN, Comité d'Hygiène, *Procès-verbaux de la 6^e session tenue à Paris, juin 1923*, p. 33 (cité par Howard-Jones).
 - 11 N. Howard-Jones, La santé publique internationale entre les deux guerres, *Chronique OMS*, vol. 32, 1978, p. 78.
 - 12 Pendant que se tenait la conférence de New York, l'American Medical Association votait la résolution suivante : "Be it **resolved** that in the creation of the constitution of the health organization of the United Nations The American Medical Association strongly recommends that this conference concern itself with problems related only to public health and preventive medicine and that all questions related to medical practice in the individual nations (...) are considered not to be a function of such an international organization; be it further **resolved** also that in the adoption of the constitution (...) the care of the sick and the social organization related to the practice of medicine be considered a problem of concern of the individual nation and not a problem for determination by the health conference or organization of the United Nations". *Journal of American Medical Association*, July 20th 1946, vol. 136, p. 1006.
 - 13 *Journal of American Medical Association*, April 10th 1948, vol. 136, p. 988.

CINQUANTE ANNÉES D'ÉVOLUTION

DES CONCEPTS DE SANTÉ À L'OMS :

D'UNE DÉFINITION À SA REFORMULATION

**La définition de la santé
de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé**

La santé est une entité très complexe. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a tenté de la définir dans sa Constitution adoptée il y a presque 50 ans jour pour jour, le 22 juillet 1946. La santé y est décrite comme un état complet de bien-être physique, mental et social¹. Cette définition ne doit pas être prise mot à mot, mais plutôt comprise comme une direction donnée. Il y a d'ailleurs une discussion sur ce qui revient encore à chacune des parties, physique, mental et social. Mais il est sûr que la santé est plus que la santé physique. C'est plus que l'absence de maladie, comme nous le disons à l'OMS. C'est une sensation plus générale de bien-être. La santé a une dimension sociale. Elle a une dimension psychologique. Et je suis sûre que certaines cultures voient dans la santé une dimension spirituelle.

*Ilona KICKBUSCH est Directrice du Département Promotion,
Éducation et Communication en Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé,
20, avenue Appia, 1211 Genève 27 - Suisse.*

Remerciements à Rhona BIRELL WEISEN et Laura WARWICK (OMS).

*Propos recueillis par Pierre ARWIDSON et Dominique DURAND
le 1^{er} juillet 1996 à Genève.*

Adaptation en français de Pierre ARWIDSON

Le contexte de la naissance de la définition de la santé

Il faut essayer d'imaginer la situation de l'époque. C'était après la deuxième guerre mondiale. Il y avait un grand optimisme. "Nous pouvons faire mieux". Il y avait l'espoir d'un monde meilleur. Les personnes réunies pour fonder une nouvelle sorte d'organisation ont vu la santé comme une contribution à la paix. Dans les premiers comptes rendus des Nations-Unies évoquant une nouvelle organisation de santé, la santé était liée à l'idée de paix. "La santé est un des piliers de la paix" aurait dit le Cardinal Spellmann². "La santé nous permettra de ne pas répéter les erreurs du passé." La santé faisait partie d'une vision plus vaste d'une bonne société. Sur la première page de la Constitution, on retrouve la notion de bon gouvernement, de bons gouvernants. On retrouve une prise en compte large des déterminants de la santé. L'habitat, la nourriture étaient cités comme contribuant à la santé. La façon dont l'humanité vit se retrouve exprimée dans sa santé.

La dimension sociale de la définition

Des représentants de différents types de systèmes politiques ou de pensée se sont réunis. Et nous savons bien que la notion de dimension sociale est venue parce qu'à ce moment-là il y avait des représentants des systèmes socialistes. Ces pays avaient dans leur constitution le droit à la santé, et pensaient qu'il y avait une responsabilité sociale pour la santé. La triple dimension, physique, mentale et sociale de la définition a donc été le fruit d'un compromis. La chose intéressante est que plus nous en savons sur la santé, par les recherches scientifiques, immunologiques et biologiques, plus nous savons que ces trois dimensions constituent ensemble la santé d'un être humain.

L'état d'esprit des rédacteurs de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé

La négociation sur la création d'une nouvelle organisation internationale de santé a consisté à déterminer comment il fallait la nommer, la construire, quel devait être son objectif principal. Cette négociation n'a pas été le fait de spécialistes de la médecine. Elle a été le fait de diplomates de grande envergure, et de personnes venant d'horizons très divers. Les médecins avaient même parfois été exclus des débats des organisations qui avaient précédé l'OMS, dont l'une était d'ailleurs à Paris³. La santé était considérée comme un problème central de société et non un problème médical. Il y avait bien sûr des médecins, comme le Yougoslave Andrea Stampar⁴. Mais il s'agissait de médecins de santé publique. Ces derniers n'avaient pas, à l'époque, une conception étroite de la santé. Ils avaient déduit de ce qui s'était passé avant la guerre, pendant la guerre, à quel point la pauvreté contribuait à la mauvaise santé. Ils n'étaient pas prisonniers d'une approche biomédicale. Celle-ci est apparue plus tard, mais pas dans les années quarante. Bien sûr une partie de l'optimisme de l'époque était liée aux premières grandes découvertes scientifiques, comme la pénicilline. Il y avait le sentiment que l'on pourrait améliorer la santé. A condition de travailler ensemble à améliorer l'humanité, grâce aux progrès de la science et à la bonne volonté de toutes les nations.

De la Constitution de 1946 à la Déclaration d'Alma-Ata de 1978

L'Organisation mondiale de la santé a été construite sur la santé définie comme un état de bien-être. Dans ce même mouvement, et pour renforcer cette façon de voir la santé, il y a eu à la fin des années soixante-dix, la Déclaration d'Alma

Ata. Celle-ci a introduit le concept de soins de santé primaire avec ses sept éléments. Cette Déclaration n'est qu'une manière de redire et de renforcer ce qui était sur la première page de la Constitution. Revenir sur ce qu'est la santé. Insister sur la manière dont la santé est créée. Pas seulement au sein du système de soins. Mais aussi à travers toute la société. La Déclaration d'Alma Ata définit les éléments clés d'un système de santé qui fonctionne avec et pour les gens. Un système qui commence là où les personnes vivent. A travers cette déclaration, l'OMS prenait un peu de distance par rapport aux programmes verticaux qu'elle avait mis en place dans les années 50 et 60. Et il y avait une certaine désillusion à propos de ces programmes. En particulier avec le programme d'éradication du paludisme. Il a semblé qu'il fallait une approche plus intégrée. Le programme d'éradication du paludisme n'avait pas eu le succès escompté. Le programme d'éradication de la variole était un succès, et nous avait enseigné une série de leçons. Il nous fallait trouver une approche qui ne crée pas la santé programme par programme, maladie par maladie, mais d'une façon intégrée. Cette approche devait aussi rester fidèle à la Constitution. Les gens ont le droit à la santé. Ils ont le droit à un accès de base aux services de soins. Malheureusement, le concept de soins de santé primaire a été très mal compris au début. Très rapidement on a dit : *"Ah ! Les soins de santé primaire c'est pour les pays en développement !"* Cela ne semblait pas concerner l'ensemble des pays membres.

Vers la Charte d'Ottawa

Comment la réflexion contenue dans le concept de soins de santé primaire et dans la Déclaration d'Alma Ata pouvait-elle être présentée pour les pays développés ? D'une manière plus compréhensible, plus attractive, plus moderne pour eux. Au même moment, il y avait un autre constat important fait par le Bureau européen regroupant la plupart des pays développés. Un autre phénomène apparaissait dans les pays développés. Il devenait de plus en plus clair que certains environnements, certains comportements contribuaient de façon significative à la bonne et à la mauvaise santé. Tout ce que l'on peut regrouper sous le terme de styles de vie et santé. Mais ceci devait être rassemblé et présenté sous forme d'une stratégie. Et ceci a conduit au concept de promotion de la santé. Comment pouvons-nous amener le fait qu'un style de vie est une composante importante de toute nouvelle politique de santé ? Comment conserver la cohérence avec le concept de soins de santé primaire ? Comment introduire la notion d'une approche intégrée ? Comment présenter une approche qui ne serait pas que de l'éducation ? Une approche qui ne parlerait pas que de comportements à risque. Une approche qui ne blâmerait pas les victimes (si tu as eu tel comportement, c'est donc de ta faute si tu es malade). Une approche qui tente de refléter le cœur de la pensée de l'OMS. C'est l'ensemble de ces éléments qui a conduit à la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. C'était un projet spécial que nous a confié le docteur Mahler⁵ à ce moment-là.

Un aspect scientifique de la discussion autour de la définition de la santé est apparu également à ce moment-là. La santé était bien l'expression intégrée d'un bien-être, mental et social. Mais l'expression "la santé est un **état**" ne reflétait par vraiment ce que l'on savait de la santé. La santé est quelque chose de plus dynamique. La santé est un **processus**. C'est pourquoi la Charte d'Ottawa a intégré l'aspect processus. En avançant dans le temps, vous trouveriez maintenant que ceux qui discutent de la notion de santé, parlent de la santé comme d'une **forme**⁶. Ce type de réflexion se retrouve dans la théorie du chaos par

exemple. La santé peut être vue comme une forme évolutive très complexe, très dynamique, et qui aurait sa vie propre d'une certaine façon. Ainsi appeler la santé un état est vu comme étant trop étroit et trop restrictif.

L'origine du concept de promotion de la santé

Le point de départ du concept et de la stratégie de promotion de la santé est en réalité l'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé devait faire face à certains problèmes. Beaucoup de personnes pensaient que l'éducation pour la santé devait être élargie. Et cet élargissement s'est fait dans de nombreuses directions. L'une d'elles a été de développer le marketing social. L'autre a été de faire que l'éducation pour la santé soit plus active sur les déterminants de la santé. Et de faire le lien avec les actions nécessaires, qu'elles soient législatives ou réglementaires (pour le tabac par exemple). Mais d'une part le mot éducation pour la santé n'était pas vraiment le bon terme pour cet énorme champ d'activités. D'autre part, une pression injuste était mise sur l'éducation pour la santé. "Tous les problèmes de santé de la société seraient réglés si une éducation pour la santé un peu élargie était faite correctement !" C'est dans ce contexte que l'éducation pour la santé a changé de base et s'est vu assigner de nouveaux défis. Certains d'entre eux dépassaient son champ d'activités. Comment regrouper ces nouveaux défis ? Après nombreuses discussions, nous avons décidé d'appeler ce nouveau champ promotion de la santé. Nous avons été très influencés par l'approche et la terminologie canadienne. Ce qui se passait au Canada à l'époque était ce qu'il y avait de plus proche de ce que nous envisagions. Et les Canadiens appelaient leur approche promotion de la santé.

Au même moment, nous avons eu quelques difficultés de terminologie. Le mot promotion de la santé, tel qu'il était utilisé en Australie par exemple, désignait presque exclusivement la nouvelle partie de l'éducation pour la santé nommée marketing social. La promotion de la santé était un terme, et reste encore un peu un terme qui peut être mal compris. Les personnes ont différentes associations d'idées quand ils l'entendent. Le malentendu le plus fréquent est l'assimilation de la promotion de la santé à une approche média et marketing de l'éducation pour la santé.

Le chemin parcouru par la Charte d'Ottawa

Une bonne acceptation du concept de promotion de la santé

Il est intéressant de constater que dix ans après l'adoption de la Charte, plusieurs pays font une analyse telle que la vôtre. J'ai reçu aujourd'hui même un livre d'Allemagne sur ce sujet. Ce que l'on peut dire est que la promotion de la santé en tant que concept, en tant qu'approche et en tant que stratégie a gagné une très forte acceptation. Et vous trouverez ceci dans un grand nombre de pays. Elle est admise dans les pays nordiques. Elle est admise en Angleterre, en particulier où l'approche par *lieux de vie* est devenue la principale partie de la nouvelle stratégie de santé publique. Elle est admise en Allemagne en tant que stratégie, mais pas avec une assise institutionnelle importante. On peut en effet parler de l'assise institutionnelle, ou de l'aspect réglementaire de la promotion de la santé. On peut aussi parler d'une acceptation raisonnable et large de ce type d'approche par un grand nombre de professionnels de la santé. Ce type d'accep-

tation est large en Europe, y compris en Europe de l'Est, surtout depuis les changements. C'est la base des projets qui ont été financés par la Banque Mondiale en Europe de l'Est. La promotion de la santé a été un concept et une stratégie très influente. L'aspect institutionnel et réglementaire de la promotion de la santé n'est pas aussi développé en Europe que nous le souhaiterions. Le pays qui prend maintenant de l'avance en promotion de la santé, est sans conteste l'Australie.

D'une approche centralisée à une approche décentralisée

La Charte d'Ottawa a été rédigée il y a dix ans. Nous imaginions à l'époque une organisation centralisée et institutionnalisée de la promotion de la santé, peut-être sous l'influence du Canada. Je crois que ce que nous avons appris depuis est que la promotion de la santé a eu sa plus grande force dans des actions décentralisées. Certains projets comme les villes santé, les écoles en santé témoignent de cela. On retrouve également cela dans de nombreux pays. Le Canada qui servait de modèle de promotion de la santé organisée de façon centralisée a réduit cette centralisation. La promotion de la santé y a été renforcée au niveau des provinces et au niveau local. C'est ce type d'analyse que nous souhaitons faire dans la conférence que nous organisons pour l'année 1997. Regarder le chemin parcouru par la promotion de la santé, et où elle s'est manifestée avec le plus de force.

La Charte d'Ottawa a souvent permis de relancer le débat de santé publique

Les discussions que nous avons eues avec nos partenaires montrent que la Charte et ses composantes semblent bien résister au temps. Elle exprime une bonne réflexion de base pour la santé publique. Le sous-titre de la Charte est d'ailleurs **“vers une nouvelle santé publique”**. Elle a profondément influencé le débat sur la santé publique dans de nombreux pays. Dans d'autres pays, elle a même permis de relancer le débat de santé publique. Elle a joué des rôles que nous n'aurions jamais pu imaginer. C'est souvent le cas quand vous commencez quelque chose. Vous ne savez pas où le changement se produira.

Malheureusement, la réduction des dépenses est souvent le seul point abordé au cours des discussions actuelles sur les réformes des systèmes de soins dans la plupart des pays développés. Ceci n'empêche pas d'entendre partout : “La promotion de la santé est une priorité”, “la prévention est une priorité”, “la prévention est moins chère que le soin”. L'argent n'est en fait pas mis là. Le réel investissement n'est pas là où il devrait être, c'est-à-dire là où la santé est créée. L'implication politique n'est pas non plus là où elle devrait être. Nous connaissons les actions à entreprendre qui ne coûteraient pas un centime au budget de la santé. Une bonne loi sur le tabac par exemple. Mais les politiques ne s'impliquent pas pour un certain nombre de raisons. Il en est de même pour une politique de santé ou de sécurité sur les lieux du travail. On pourrait choisir ainsi toute une série de sujets. Donc on peut dire que l'implication politique, et parfois l'implication financière dans la promotion de la santé ont besoin d'être renforcées dans la plupart des pays.

Les environnements favorables à la santé

Les travaux sur le soutien social, le stress, le contrôle ont énormément influencé la réflexion préalable à la rédaction de la Charte d'Ottawa. Tout particulièrement, les travaux sur le soutien social et les recherches d'Antonovsky⁷. Qu'est-

ce qui crée la santé ? C'est la question-clé que se pose toujours la promotion de la santé. Qu'est-ce qui crée réellement la santé ? Et bien sûr, la question difficile suit. Vous savez que le soutien social crée la santé, mais comment créer le soutien social ? Ce dernier se fait en grande partie au sein de systèmes informels. Il est influencé par des évolutions plus larges de la société que vous ne pouvez organiser. Mais ce que vous pouvez, c'est créer des structures de soutien. C'est pourquoi la notion de création d'environnements favorables à la santé est devenue un élément très important de la Charte d'Ottawa. Faire que les institutions impliquées dans la vie de tous les jours deviennent plus promotrices de santé. Cela signifie que les gens dans ces institutions, communiquent, coopèrent différemment les uns avec les autres.

Les écoles promotrices de santé

Cette réflexion a été la base par exemple du projet des écoles promotrices de santé. Qu'est-ce qui fait qu'une école est en meilleure santé ? Cela repose sur les relations entre élèves et enseignants, et sur les relations entre les enfants eux-mêmes. Cela dépend du soutien ou de l'absence de soutien que les uns et les autres se témoignent. Ceci peut être créé, nous le savons. Nous savons ce qu'aider à l'acquisition de **compétences personnelles et sociales**⁸ peut faire. Nous savons que réunir les gens en groupe d'**autosupport** peut faire une énorme différence. Nous savons que d'avoir des **activités sociales**⁹ fait une grande différence.

Les écoles promotrices de santé sont le premier vrai projet commun entre la Communauté européenne, la Commission européenne et l'Organisation mondiale de la santé. Je sais que cela ne marche pas en France. Une coopération étroite entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Éducation nationale est une des conditions pour la réussite. C'est ce qui semble poser problème en France. Conformément à l'idée de la Charte, ces projets servent à créer l'énergie initiale au changement. Mais ensuite, un effort d'aménagement est nécessaire.

Les hôpitaux promoteurs de santé

Nous savons que plus les structures sont démocratiques, et plus les gens ont de chance d'être en bonne santé. Les recherches sur les maladies cardio-vasculaires, les recherches de Marmot¹⁰ nous ont montré très clairement ce que la hiérarchie provoque. Et ceci a été une des raisons pour lesquelles nous avons commencé le projet des hôpitaux promoteurs de santé. Il n'y a pas d'institution dans le monde qui soit plus hiérarchisée que l'hôpital. Et la hiérarchie entre les médecins et les infirmières est quelque chose qu'il faut examiner avec attention. C'est pourquoi de nombreux projets de promotion de la santé ont besoin de devenir des projets de démocratisation.

La question est la suivante. Les hôpitaux produisent-ils réellement de la santé ? Il s'agit de regarder non seulement ce que le système de santé fait pour les autres, mais également ce qu'il fait aux siens. Jusqu'à quel point travailler dans un hôpital abîme-t-il votre santé ? Dans certains pays, les infirmières sont parmi les groupes de population féminine les plus en mauvaise santé.

Nous avons lancé le projet des hôpitaux en santé aux alentours de 1988-1989. L'idée était vraiment, comme certains l'ont dit, d'aller dans la fosse aux lions ! "Que signifie réellement réorienter les services de santé". Au tout départ, il s'agissait d'un sous-projet des **villes-santé**, parce qu'un certain nombre de villes

sont responsables de leurs hôpitaux. La ville de Vienne avait, en particulier, un grand nombre de problèmes à ce moment-là. Il y avait le grand hôpital viennois *Krankenanstalt Rudolfstiftung* (KAR). Un méga hôpital avec beaucoup de dysfonctionnements. La ville de Vienne a été très désireuse de piloter ce projet et KAR a donc été notre hôpital pilote. Et ceci a grandi en un grand réseau européen avec des centaines d'hôpitaux impliqués maintenant. Ce projet n'est plus limité à la région Europe, et est devenu global.

Les prisons promotrices de santé

Certains pays étaient préoccupés par les services de santé des prisons. Nous avons été sollicités par eux. Pourrait-on utiliser une partie des stratégies de promotion de la santé pour réorienter les services de santé des prisons ? La stratégie de promotion de la santé est surtout une approche de développement organisationnel. C'est "***l'organisation qui apprend***". Nous avons en ce moment un projet pilote dans un des pays connaissant de graves problèmes avec les services sanitaires de ses prisons. En cas de résultats encourageants, il pourrait également se constituer un réseau. Les premières réactions ont été vives. Rien ne peut être plus contradictoire que de parler de santé dans les prisons. Mais en fait, il y a réellement des problèmes très sérieux : le sida, la drogue, la violence. De nouveau, vous avez le double problème : la santé des personnes qui sont emprisonnées mais aussi la santé des personnes qui sont les gardiens, qui travaillent là.

Les entreprises promotrices de santé

En ce qui concerne les entreprises, les lieux de travail, il y a des projets plus petits en cours. Nous avons en réalité commencé à travailler sur l'entreprise promotrice de santé et nous avons un centre collaborateur très actif. Cette fois-ci il s'agissait de l'Allemagne, qui examinait les systèmes d'assurance maladie intégrés aux entreprises, les *Betriebskrankenkassen*. Nous avons fait une revue d'expériences de promotion de la santé en entreprise. Elle a été faite sur l'ensemble de l'Europe, puis en nous aidant des expériences américaines, australiennes et canadiennes. Mais au moment où nous étions prêts à lancer un réseau plus vaste, la récession est arrivée.

Faut-il intégrer les services de soins et les services de promotion de la santé

La question du lien entre les services de soins et les services chargés de promotion de la santé est une question difficile. Les gens ne sont pas d'accord sur ce point.

Réorienter les services de soins vers la promotion de la santé

Tout d'abord le système de santé et les services de santé doivent plus s'orienter vers la promotion de la santé. Il n'y a aucun doute là-dessus. C'est pourquoi une des cinq parties de la Charte d'Ottawa est la réorientation des services de santé. Et ceci peut être pris de différentes façons. Tout d'abord, le médecin généraliste devrait avoir une activité plus orientée vers la prévention. On peut également évoquer les institutions elles-mêmes du système de soins. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons commencé le projet des hôpitaux pro-

moteurs de santé. Le système de santé a une responsabilité dans la promotion de la santé. Dans sa partie éducative en faveur des patients. Dans sa partie organisationnelle – à quel point produit-il la santé de son propre personnel. Mais il a également un rôle de défense de la santé. Les représentants du système de santé ont-ils suffisamment élevé la voix ? Il y a eu un débat. Si un système produit des connaissances indiquant ce qui rend les gens malades, ses représentants ne devraient-ils pas en faire état avec plus de force qu'ils ne le font ? Ce serait redécouvrir une vieille fonction en santé publique, tenue en Angleterre par l'Officier médical en chef. Il doit prendre la parole et dire "voilà ce qui crée la mauvaise santé".

L'intérêt d'institutions indépendantes de promotion de la santé

Ensuite, dans notre expérience, avoir sa propre organisation parallèle est très important. Et le succès de la promotion de la santé en Australie s'est fait à travers la création d'une institution quasi indépendante. Les **Fondations australiennes de promotion de la santé** sont situées au niveau de l'Etat. Elles sont financées par les taxes sur les cigarettes, financement obtenu grâce à un groupe de pression. Elles font des interventions, de la recherche, et un grand nombre d'autres choses parfois plus créatives comme racheter de la publicité sur le tabac.

Un débat constant doit être maintenu entre le système de santé, les services de santé, les législateurs, mais aussi les nombreuses organisations non gouvernementales, les associations thématiques sur le cœur, sur le cancer, etc. Le modèle fondation est intéressant car il est gouverné par un conseil d'administration où peut être représenté chacun de ces différents secteurs. Les liens entre eux sont ainsi maintenus. Ce modèle permet d'aller au-delà du simple partenariat, et au-delà d'une structure gouvernementale, qui d'ailleurs existe également en Australie. En fait, on obtient une sorte de structure intégrée.

Il faut évaluer les changements de l'état de santé et des comportements de santé au cours des 20 dernières années. Si on regarde d'une part ce qui a été mis en place et si on regarde d'autre part les résultats obtenus, il faut alors se rendre à l'évidence : quand des institutions puissantes de promotion de la santé de ce type étaient en place, le gain de santé pour la population a été significatif.

Quelques évolutions de l'état de santé

L'évolution dans les pays de l'Est

Pourquoi la mortalité et la morbidité se dégradent-elles à ce point dans ces pays de l'Est de l'Europe ? Nous avons eu de nombreuses discussions avec nos collègues de ces pays. Ils donnent un ensemble de raisons. Il y a tout d'abord, à l'évidence, l'ampleur des facteurs de risque. Ils fument, ils boivent, etc. Il y a également le fait que la plupart de ces personnes ont au moins deux métiers. Un métier officiel, un qui ne l'est pas. Il y avait également la situation de logement, avec un énorme manque d'intimité. Et puis il y avait l'énorme stress de ne pouvoir dire ce que l'on veut, faire ce que l'on veut. Il y avait par exemple le simple manque de choix de société. Un de nos collègues hongrois dit par exemple : "Je ne peux pas vous prouver que le stalinisme crée de la mauvaise santé, mais je le sais." Nous avions d'un côté des données qui montraient que la santé se détériorait dans les pays socialistes depuis les années 1970. Et ceci a reçu une impul-

sion supplémentaire quand les changements sont survenus. La détérioration de la santé était le résultat conjoint de la situation de vie quotidienne et d'une détérioration constante du système de soins après les changements. Un grand nombre de gens ont été exclus du système et sont tombés dans une pauvreté extrême. Ceci s'est ajouté aux facteurs déjà mentionnés. Et le système de santé publique s'est écroulé, ce qui a conduit à une réapparition de certaines maladies infectieuses, etc. Certains pays disent qu'il y a un timide début de stabilisation, quatre à six ans après les changements du début des années 1990. Mais il est trop tôt pour savoir si cette tendance va se poursuivre. Il faudra surveiller avec attention la santé de ces pays. Les inégalités sociales extrêmes qui apparaissent en ces périodes de changement, risquent d'être transformées en une augmentation des inégalités de santé.

Ce qui caractérise ces pays est une mortalité prématurée masculine extrêmement élevée. Il y a une grande partie des hommes hongrois qui meurent à 55 ans. C'est le reflet de ce qui s'est passé 30 à 50 ans plus tôt, et d'une sorte de vie et de style de vie. Ceci a été aggravé par les changements sociaux et politiques importants. Les personnes, les corps, les psychés sont malades. C'est la définition de la santé à l'envers. L'association d'un abus physique du corps, d'un malaise social et d'un inconfort psychologique se réunissent pour créer un haut niveau de mortalité.

L'évolution de l'état de santé dans les pays développés

Dans les pays développés, il y a de plus en plus d'exclus, l'OMS doit en tenir compte. L'OMS est en train de revoir sa politique de santé pour tous en l'an 2000. Le problème de l'équité et de la santé est devenu une priorité pour l'OMS, comme l'indique son rapport sur la santé dans le monde de 1995. Et je pense que ce thème devrait aussi devenir prioritaire dans les débats de santé publique dans les pays développés. Cela a toujours été le problème central de la santé publique classique. C'est l'un de vos célèbres pionniers français de santé publique qui a dit que la mort est une maladie sociale¹¹. Et c'est vrai. Nous l'avons en partie redécouvert. La promotion de la santé essaye surtout d'attirer l'attention sur l'histoire de la santé publique, à travers le débat de la nouvelle santé publique. Nous avons besoin d'apprendre à nouveau de cette histoire. Mais, il nous faut aussi servir de contrepoids à une évolution de la santé publique que nous voyons depuis un certain temps aux Etats-Unis. Cette évolution a ensuite influencé le débat européen. Cette évolution consiste à réduire la santé publique à l'épidémiologie. En fait la santé publique a toujours eu une forte composante de réforme sociale. Une de mes citations américaines préférées est celle de Milton Terris¹². Il a dit à ses collègues américains qui l'énervaient : **"Il ne peut y avoir d'épidémiologie sans santé publique"**. L'épidémiologie est l'outil essentiel pour la santé publique. Mais cela doit servir à initier des actions de santé publique. Cette action doit aller au-delà des résultats d'une épidémiologie des comportements. Il faut aller vers des **actions sociétales**. Je crois qu'avec la division et la fracture croissante que l'on voit apparaître même dans les pays les plus riches, le débat de santé publique à propos de la santé et de la pauvreté et de l'exclusion sociale doit redevenir prioritaire. L'OMS a résolument choisi comme priorité l'équité ou, suivant l'endroit d'où l'on se place, les inégalités face à la santé.

L'autre versant de l'exclusion est la solidarité. Et ce qui a été tout d'abord exprimé dans la Constitution, a été ré-exprimé dans la déclaration d'Alma Ata.

Les notions d'équité et de solidarité ont un peu disparu dans le débat actuel de santé publique autour de la rationalisation et des différents aspects du financement. Les mots clés de la renaissance de la santé sont l'équité, la solidarité à l'intérieur et entre les pays. C'est la notion de partenariat qui signifie la coopération d'une large part des forces de la société, à la fois publiques et privées pour générer et créer de la santé.

Préparer l'avenir. La quatrième conférence de promotion de la santé intitulée "De nouveaux acteurs pour une nouvelle ère" aura lieu à Jakarta

La Charte d'Ottawa a été adoptée le 22 novembre 1986. Dix ans, c'est toujours une bonne période pour se demander ce que vous avez accompli. Et vous demander cela de façon très critique. Mais, c'est aussi un moment pour regarder vers l'avant. Est-ce que la Charte tient toujours pour le futur ? Notre titre initial de travail était "Ottawa + 10 + 20". Evaluons, là où nous en sommes. Mais regardons également dix ou vingt ans plus tard. Quels seront les problèmes ? Et quelles stratégies de promotion de la santé doit-on développer pour y faire face ? Nous avons mis en place trois chantiers préparatoires.

L'évaluation

L'un est le chantier de l'évaluation. Nous essayons, avec une vision mondiale, avec l'ensemble de nos bureaux régionaux, avec les pays qui nous accompagnent dans l'évaluation, de répondre aux questions suivantes : où en est la promotion de la santé ? Qu'a-t-elle accompli ? Que n'a-t-elle pas accompli ? Mais également, quelles méthodes ont été développées pour évaluer le processus de promotion de la santé lui-même ? Parce que le problème de l'évaluation vient toujours sur la table. Comment évaluez-vous ce "machin" ? A un moment où tout le monde veut que tout soit évalué. Et il faut donner les résultats dans les dix-huit mois. C'est une situation très délicate.

Les scénarios du futur

Le second chantier est ce que nous avons appelé jusqu'à présent la piste des scénarios. Il s'agit de regarder vers l'avenir, et de voir quels sont les principaux défis auxquels nous devons faire face. Prenons-en un par exemple. Quand nous rédigeons la Charte d'Ottawa, notre réflexion était très nationale. Elle était bien sûr internationale, puisque initiée par l'Organisation mondiale de la santé. Mais la question posée était la suivante : que doit faire chaque pays pour améliorer la santé de sa population ? Et ce que nous voyons est tout d'abord, la croissance d'institutions **internationales** d'une part. Prenez par exemple la Communauté européenne et ses actions sur la santé. Et d'autre part, voyez la **globalisation** d'un certain nombre de phénomènes, y compris les compagnies **multinationales**. Il faut y inclure la globalisation des médias qui signifie la globalisation de la publicité et du marketing, dont l'exemple typique est le marketing du tabac. Un des défis majeurs de la promotion de la santé du futur est de répondre aux questions suivantes : "Comment pouvons-nous réagir ?" "Où devons-nous développer des stratégies pour contrecarrer un tel développement global ?". Sur quoi peut "chevaucher" la promotion de la santé, "surfer" pour

employer un terme à la mode ? Si les médias deviennent globaux, certaines formes d'éducation pour la santé et d'information de santé pourraient-elles devenir globales ? L'**urbanisation** est un autre problème important, surtout pour les pays en développement. La promotion de la santé y a été envisagée dans un contexte rural. Il faut maintenant développer des stratégies pour les zones urbaines, pour les bidonvilles, pour les banlieues. Nous travaillons dans cette direction.

De nouveaux partenaires

Le troisième chantier a été nommé la piste du partenariat. Nous avons intitulé la conférence "**De nouveaux acteurs pour une nouvelle ère. Faire entrer la promotion de la santé dans le vingt et unième siècle**". Parce qu'il devient de plus en plus clair que la promotion de la santé n'est pas seulement une activité gouvernementale. C'est une **activité sociétale**, dont une grande partie est faite dans le secteur privé, pour le meilleur ou pour le pire. Il y a beaucoup d'argent dans la santé. L'industrie de la santé est la troisième industrie au monde, si l'on additionne tout. Il y a les organisations de maintien de la santé (*health maintenance organisation*). Il y a les weight watchers, les clubs de mise en forme, l'industrie du sport. La liste est très longue. Nous commençons à discuter avec les groupes du secteur privé déjà impliqués dans la promotion de la santé d'une façon ou d'une autre. Nous nous demandons : *Pouvons-nous organiser cela ? Quels sont les pour et les contre ? Quelles sont les règles du jeu ? Quelles sont les règles éthiques d'une telle coopération ?* Ceci sera un sujet clé qui sera discuté à la conférence de Jakarta.

S'adapter aux cultures et à la taille des pays

Cette conférence aura lieu l'année prochaine en juillet à Jakarta. Le pays a été choisi parce qu'il était en développement. C'est un pays qui est également en développement économique rapide. Un grand nombre de changements économiques et sociaux se produisent. C'est aussi l'un des pays les plus peuplés du monde. L'un des sous-projets que nous mettons en place maintenant, est de réunir les sept pays les plus peuplés du monde, les méga-pays. Ce projet se nomme "**Promotion de la santé. Changer d'échelle**". Comment aborder la promotion de la santé, quand on est un pays de la taille de la Russie, de la Chine, des Etats-Unis, de l'Indonésie ? Ces pays ne peuvent-ils pas échanger leurs expériences, leurs succès.

Et nous espérons aussi que nous mettrons en lumière quelques-unes des différences culturelles en promotion de la santé. Prenons un exemple simpliste. On pourrait dire que la culture américaine de la promotion de la santé est une culture très active. Il s'agit de bouger et de courir, etc. Une culture indienne de promotion de la santé est bien plus réfléchie, c'est une culture d'introspection. Et une culture chinoise de promotion de la santé partirait d'une vision et d'une image du corps encore différentes. Et ceci est encore un des défis. Ce que nous ne voulons pas dire est que la promotion de la santé c'est faire courir tout le monde dans les mêmes vêtements, autour d'un bloc d'immeubles, sponsorisés par la même grande entreprise. Mais plutôt mettre en valeur les différences et les traditions culturelles.

Tandis que, bien sûr en même temps, si vous regardez ces pays, la plupart d'entre eux sont des pays jeunes. Nous voyons s'y développer autre chose que

nous ne connaissons pas suffisamment. Nous commençons à voir des jeunes, des enfants, des petits, qui ont un même langage international. Ils adorent tous les mêmes héros, veulent tous porter les mêmes vêtements, veulent tous boire les mêmes boissons sucrées. Dans les pays pauvres, bien sûr, c'est un rêve, c'est ce qu'ils voudraient être, c'est ce qu'ils voudraient avoir. Où est l'équilibre entre la globalisation des idées et des rêves et le bain culturel dans lequel les enfants grandissent ? On pourrait espérer qu'ils conservent d'une manière ou d'une autre leur culture d'origine. C'est un défi nouveau pour la promotion de la santé. Et nous ne l'avons pas examiné de façon systématique.

Notes du traducteur

- 1 Nous avons fait remarquer à Ilona Kickbusch que le concept de bien-être n'avait pas la même valeur culturelle dans les pays latins et anglo-saxons. Elle nous a répondu ceci : *"Il ne faut pas confondre le bien-être (well-being) et être en forme (wellness). Le wellness est un mouvement assez récent qui est apparu aux Etats-Unis, à la fin des années soixante et au début des années soixante-dix, et s'est amplifié depuis. Etre en forme est une chose entièrement différente. Alors que le bien-être est une chose pour laquelle chaque société a quelque chose à dire. Il s'agit de se sentir bien à propos de vous-même, à propos de votre position dans la société, à propos de votre environnement. Il ne faut pas confondre les deux. Ceux qui ont écrit cette Constitution n'avaient pas la moindre notion du concept de forme, qui est venu bien plus tard"*.
- 2 Né en 1889, le cardinal Francis-J. Spellmann est décédé en 1967. Prêtre en 1916, consacré évêque en 1932, nommé cardinal en 1946 par Pie XII, il était archevêque de New York depuis 1939. On le considérait comme le prêtre le plus influent des Etats-Unis. Le Général De Gaulle écrit de lui dans ses *Mémoires de guerre* : *"C'est le 23 mars 1943 que je rencontrai Mgr Spellmann (qui) arrivait d'Alger et demandait à me voir avec une mission explicite du Président des Etats-Unis. Ce prêtre, d'une éminente piété, abordait les problèmes de ce monde avec l'évident souci de ne servir que la cause de Dieu. Mais la plus grande dévotion ne saurait empêcher que les affaires soient les affaires. Aussi, fut-ce d'une façon pressante que l'archevêque de New York me donna les conseils de sa sagesse."*
- 3 Office international d'hygiène publique, Paris (1907).
- 4 Le Docteur Andrija Stampar était le fondateur de la première école de santé publique en Europe, à Zagreb (Yougoslavie). Il présida la Commission intérimaire constituée à la Conférence de New York (juillet 1946) et chargée de créer l'OMS. C'est lui qui choisit Genève pour siège de l'organisation internationale.
- 5 Le Docteur Malher a été Directeur général de l'OMS de 1973 à 1988.
- 6 Traduction de *pattern*.
- 7 Antonovsky est un des premiers auteurs ayant travaillé sur les classes sociales et les maladies cardio-vasculaires. Pour plus d'information, voir la référence suivante : A. Antonovsky, *Social class and the major cardiovascular diseases*. *J. Chron Dis.* 1968. 21, 378-88.
- 8 Traduction de *life skills education* également traduit par apprentissage de compétences psychosociales, éducation générale et sociale (Suisse), formation personnelle et sociale (Québec), ou éducation à la vie.
- 9 Traduction de *community activities*.
- 10 Marmot est un chercheur anglais célèbre pour ses comparaisons de mortalité et morbidité en particulier cardio-vasculaires, entre les classes sociales et entre les pays. Pour plus d'information, voir par exemple *Coronary Heart Disease epidemiology. From Aetiology to public health*. M. Marmot, P. Elliott, Oxford University Press, Oxford 1992, 547 p.
- 11 Il s'agit du médecin et sociologue Louis-René Villermé (1782-1863). Il est connu pour son influence dans l'adoption d'une loi sociale sur la limitation du travail des enfants en 1841. Les promoteurs de la loi ont été influencés par son enquête, réalisée dans les régions de Lille et de Rouen et publiée sous le titre *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie* (1840).
- 12 Milton Terris est Professeur de santé publique, spécialisé dans les politiques de santé publique. Il est actuellement Rédacteur en chef de la revue *Journal of Public Health Policy*, et Président de la National Association of Public Health Policy aux Etats-Unis.

LA SANTÉ : D'UNE DÉFINITION NÉGATIVE A UNE VISION POSITIVE

Chercher une définition de la santé dans l'histoire, c'est parler de la représentation du corps et de son évolution. C'est évoquer l'intervention des communautés. C'est parler de la confrontation entre corps social et corps individuel. C'est, bien sûr, tenir compte des évolutions médicales et techniques, de celle des mentalités et des organisations, des contextes politiques et sociaux. Vous me demandez quasiment l'impossible. Pour m'en tenir aux représentations du corps, il faut imaginer le corps médiéval, dépendant des forces cosmiques, habité par les signes du zodiaque, immergé dans le cycle des saisons. Il faut ensuite parler du corps classique, soumis à des lois mécaniques, machinistes même, jusqu'à l'artifice. Différent encore le corps du XIX^e siècle, celui des défenses énergétiques, de l'unité organique. Quant à celui du XX^e siècle ! Je me contenterai ici, donc, et de manière très schématique, de montrer qu'historiquement la définition de la santé s'est construite autour d'une représentation négative de celle-ci, est passée, vers la fin du XIX^e siècle à une représentation que je qualifierais, par opposition, de plutôt positive, pour trouver une certaine forme de synthèse dans l'Etat-providence. Les exemples sur lesquels je m'appuierai sont tirés de l'ouvrage "Le sain et le malsain".

Dans les périodes qui ont précédé l'époque contemporaine, la tradition considère – j'entends par tradition la tradition médicale et la tradition culturelle –

Georges VIGARELLO est professeur à l'Université Paris V, directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales. Il a publié, entre autres, "Le Corps redressé, histoire d'un pouvoir pédagogique" (Delarge, 1978), "Le Propre et le Sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Age" (Seuil, 1985), "Une histoire culturelle du sport" (Laffont et EPS, 1988), "Le Sain et le Malsain, Santé et mieux être depuis le Moyen Age", (Seuil, 1993)

que la santé est un état que l'on qualifie négativement. C'est-à-dire un état où l'absence de maladie est le caractère premier de la situation. Mais c'est aussi relever, toujours dans une perspective historique que, progressivement, dans cet univers négatif, les objets vont devenir de plus en plus nombreux, les raisons de mauvaise santé de plus en plus nombreuses, au fur et à mesure des observations, des découvertes, des spéculations. Autrement dit, la définition de la santé va sans cesse s'affiner, dans la mesure où ce qui n'était pas pris en compte comme étant de la maladie va progressivement l'être : des malaises nouveaux, des troubles jusque-là peu évoqués ou tout simplement non perçus.

Si on relève ce fait, alors on est contraint de prendre en compte des situations qui deviennent de plus en plus aiguës, précises, différenciées, voire extrêmement pénibles.

Le XVII^e siècle me paraît, de ce point de vue, une période intéressante. D'abord parce que commencent à apparaître des personnes qui, dans leurs mémoires ou dans leurs lettres, donnent des indications sur leur état. Elles ne sont pas encore en mesure de donner des indications de type psychologique, mais la façon dont elles parlent de leurs troubles renvoie en fait, selon les critères d'aujourd'hui, à des troubles psychologiques. On parle d'incommodités, d'indisposition, mais surtout de vapeurs. Bon exemple que l'évolution de l'utilisation du mot "vapeur" pour démontrer la difficulté d'une définition de la santé.

Le mot existait déjà. Il désignait le trouble hystérique féminin : la force des humeurs génitales féminines contrariées, venues de l'"hypocondre" pour troubler le cerveau. Dans le langage des hommes et des femmes du XVII^e siècle, le mot vapeur étend son sens. Il caractérise des troubles physiques : suffocations, étouffements, vertiges, nausées, maux de tête, que l'on explique par la fermentation des humeurs qui, montant progressivement au cerveau, troublent l'état de l'individu. Les "vapeurs" relèvent d'un spectre de mal qui est extrêmement étendu. Il peut aller de la simple difficulté respiratoire jusqu'à des difficultés plus aiguës qui relèvent tout simplement de la phtisie. Les "vapeurs" de Louis XIV occupent une notable partie du *"Journal de santé du Roi"*. Elles "l'affaissent", l'obligeant à "se prendre et s'appuyer un moment pour laisser dissiper cette fumée qui se portait à sa vue et affaiblissait les jarrets". Mais l'abbé Testu, dont la Marquise de Sévigné dit, dans ses lettres, qu'il est victime de "vapeurs" si violentes que l'opium lui-même ne peut les faire céder, est en fait un phtisique.

On peut donc, avec notre regard d'aujourd'hui, considérer que le terme "vapeurs" désigne, au XVII^e, un spectre très étendu de symptômes, allant des malaises psychologiques à la tuberculose.

Prenons plus précisément l'entrée de ce spectre, c'est-à-dire les symptômes qui sont les plus légers. Apparaissent alors des remarques – chez Madame de Maintenon, par exemple – qui écrit, en évoquant ses moments de faiblesse ou d'abattement : *"Selon le docteur je suis fort bien et selon moi je suis fort mal"*.

On voit donc comment, dans le discours même de la santé, un certain nombre d'exigences apparaissent, qui sont prises en compte à une période donnée, alors qu'elles ne l'étaient pas dans la période précédente. Autrement dit, l'exigence à l'égard de la santé grandit parce que les symptômes pris en compte sont en fait de plus en plus ténus.

Continuons sur cet exemple pour montrer que les préoccupations concernant la santé varient et s'enrichissent. Le mot "vapeurs" est aussi lié à des préoccupa-

tions concernant le milieu. Madame de Maintenon considère que l'air de Fontainebleau lui donne "peu de santé", provoque chez elle "des maux qu'elle ne connaissait pas" jusqu'à l'accabler de migraines, alors que l'air de Versailles vient les apaiser "pour moitié" et que celui de Chambord lui permet de "se porter fort bien". L'attention à l'espace est ici essentiellement climatique. C'est encore la référence hippocratique transposée dans un type de sensibilité qui n'est pas médical.

Cette référence au milieu se complique lorsqu'un monde de type industriel commence à émerger au XIX^e siècle. A ce moment-là vont entrer indirectement dans la définition de la santé des exigences, des précautions, des pratiques issues de la confrontation au monde industriel. L'accident par exemple. L'accident bien entendu a toujours existé. Mais il va prendre une nouvelle forme au XIX^e, avec l'éclatement des machines à vapeur, les mains et les corps happés par des systèmes d'engrenages mécaniques ou le jeu des courroies qui transportent la force motrice, les peaux brûlées par les particules de fonte en fusion. La prise de conscience est hésitante et longue. Il y aura des réponses juridiques, et c'est autour du travail et de ses dangers que naissent les assurances modernes. Il y aura des interrogations sur la prévention, une réflexion nouvelle sur les conditions de la sécurité industrielle, l'aménagement des ateliers, l'évitement des chutes et des chocs. Un jugement de la cour d'Appel de Dijon, en 1878, condamne les De Wendel pour n'avoir pas protégé un ouvrier contre des causes non seulement habituelles, mais simplement possibles d'accidents et n'avoir pas pris toutes les mesures qui étaient de nature à les éviter. Ces questions deviennent des problèmes d'hygiène industrielle, elles sont débattues dans les "*Annales d'Hygiène publique*". Autrement dit, elles entrent dans ce qu'on appellerait aujourd'hui la protection de la santé. Nouvelles préoccupations sanitaires, qui n'existaient pas et sont liées à la transformation du milieu, et à la prise de conscience de cette transformation.

La préoccupation négative permet donc un enrichissement important de la définition de la santé, qui n'est pas seulement lié à la découverte médicale mais à l'accroissement de la sensibilité du sujet par rapport à son mal et à la transformation du milieu et au risque que cette transformation fait courir aux individus.

Deuxième catégorie de questions : est-ce que seul l'individu prend en charge sa protection ou, au contraire, faut-il mettre en place des dispositifs collectifs ? Il est clair que des dispositifs collectifs ont toujours existé. L'invention de la santé publique date, certes, de 1902, mais l'orée de la défense collective, c'est la prière d'une communauté de personnes, la vénération des reliques, le culte du sacré. Les dispositifs en terme d'organisation, de hiérarchisation des responsabilités existent depuis le Moyen âge. Ils se systématisent au XVI^e siècle, quand s'inventent des cloisonnements pour éviter, par exemple que la peste n'opère ses ravages. La défense sanitaire collective, et donc la façon dont on envisage la santé collective sur un mode négatif a donc une longue histoire, que l'on peut retracer à travers les épidémies, l'organisation des villes puis la prise de conscience par l'Etat qu'il a en charge des populations.

Cette prise de conscience est tardive. On la voit apparaître avec l'absolutisme monarchique, puisque c'est seulement en 1710 que l'Etat institue la distribution des "boîtes de remède" à ses intendants. Ces remèdes, on s'en doute, n'ont guère d'effets, mais leur fabrication et leur distribution révèlent une pensée centralisée pour défendre une population d'un mal. Bien évidemment il faut y voir

parallèlement la prise de conscience par le pouvoir de l'existence d'un corps social, et le fait qu'un certain nombre d'individus menacent ce corps social, le gangrèment, et doivent donc en être séparés, enlevés. On enferme à l'hôpital les malades et ceux qui portent atteinte à l'intégrité du corps social. Certes, pour "tenir les villes en bonne santé", la stratégie de l'exclusion est plus ancienne : lépreux, pestiférés, vénériens ont été cantonnés, relégués, retranchés, afin d'éviter la propagation de leur maladie. Mais sous Louis XIV une nouvelle étape est franchie. Voilà l'amorce d'une défense centralisée.

La deuxième grande période, c'est la fin du XVIII^e siècle, les premiers contrôles des comportements populaires, les débuts d'une prévision – à défaut de prévention – des risques, avec les quarantaines et les isolements pour précéder les dangers épidémiques, la mise en place des premiers systèmes d'assistance médicale collective (par Saint Gobain notamment). Le XVIII^e siècle, c'est aussi l'invention du progrès, la fin d'une société qui se pensait sur un mode totalement religieux, en référence au paradis terrestre, aux âges canoniques, le passage d'un code fondé sur le passé à un code tourné vers l'avenir.

La troisième période, est liée à la découverte de la vaccine, et à la possibilité enfin offerte d'éradiquer sans danger – contrairement à l'inoculation – un fléau. Les médecins défendent l'idée que seule l'universalisation de la vaccine pourrait éloigner des petites véroles. En 1804 Chaptal montre, dans une circulaire, ce désir d'universalisation : *"Vacciner les enfants de la patrie et les envoyer dans les campagnes pour servir de vaccinifères ; d'une manière plus générale, vacciner gratuitement les pauvres"*. Un Comité central de vaccine est mis en place dont dépendent des comités de département et même d'arrondissement. Règlements et décrets imposent depuis 1812 dans les établissements publics, dans les écoles, dans les collèges, dans les armées, de faire la preuve que l'on a eu la petite vérole ou que l'on a été vacciné. La diffusion administrative de la vaccine concrétise un bouleversement de mœurs. Comme le souligne Pierre Darmon dans son ouvrage *"La longue traque de la variole"* : *"Pour la première fois dans notre histoire, l'Etat affirme sa détermination de superviser un ensemble d'opérations sanitaires"*. L'Etat se sent explicitement en charge d'une population. Un Etat que Pierre Rosanvallon qualifie avec raison d'Etat hygiéniste, un Etat que ces dispositions responsabilisent à l'égard de la population. On peut bien sûr dire que cette prise de conscience s'est heurtée à de nombreux obstacles, qu'elle a mis un temps considérable avant d'aboutir à des réalisations et à une organisation véritablement efficaces. L'idée d'obligation ne s'est pas imposée tout de suite, les moyens financiers n'ont pas été prévus – Chaptal voue le vaccinateur à un travail "militant" que seuls des certificats honorifiques, des lettres de félicitations officielles, des médailles viendront récompenser –, un corps de médecins spécialisés n'a pas été formé et ce sont les médecins eux-mêmes qui se déclarent vaccinateurs. En un mot, l'administration n'a pas encore inventé un service public, mais il en est de même pour l'école, pensée comme un service naturel de l'Etat par la Révolution française et mise en œuvre, sous cette forme, un siècle plus tard, avec Jules Ferry. L'hygiène publique en tant que défense sanitaire de la population est pensée avec l'Empire, elle ne sera réalisée qu'avec la Troisième République.

Nous sommes là à un tournant dans la définition de la santé. Elle se définissait jusqu'alors essentiellement par la négative ; elle commence à se penser positivement. Les enquêtes menées sous la Restauration ou la Monarchie de Juillet, qui mettent le doigt sur les conditions de vie des ouvriers et les différences entre la durée de vie chez les pauvres et chez les riches ; la curiosité des préfets qui

signalent les conséquences sanitaires des différences sociales ; les explorations sur les différences de mortalité entre départements urbains et départements ruraux ; les comparaisons permises par les conseils de révision ; la mise en place de conseils départementaux de salubrité chargés de prospecter sur les maladies venues des fabriques, tout cela dessine progressivement l'idée d'une part d'un corps social où les différences ont pour cause la richesse mais aussi la culture, le savoir, le comportement, les habitudes de vie, mais permet d'établir également le profil d'un homme moyen, d'un homme fictif et plus largement d'un corps social et donc une définition de la santé qui va plutôt porter sur le comment soutenir cet homme, comment aider l'homme à atteindre ce niveau, comment améliorer le corps social. La question n'est plus seulement celle de la protection, mais devient celle de l'aide et de la ressource.

Parallèlement s'impose la prise de conscience progressive du sujet en tant que sujet, c'est-à-dire de son espace propre, de sa liberté, de son autonomie, de son espace intime. Cet individu a des exigences. Il se juge par rapport au passé, et au présent, il se projette dans le futur, il se pose la question : "Est-ce que je peux être mieux ?" et pas seulement "comment garder ma santé". Il se demande comment acquérir du bien-être, comment accroître ses potentialités.

Qu'est-ce que l'invention du sport, à la fin du XIX^e siècle sinon le fait de "faire mieux", de "progresser", d'"avoir un meilleur résultat" que précédemment, d'avoir un "plus" que la performance définit. L'originalité n'est pas de passer de la non-santé à la santé par le sport – qu'on pense aux activités physiques proposées dans les années 1750 pour éviter les relâchements et la mélancolie – mais plutôt d'approfondir la santé elle-même, d'imaginer son accroissement indéfini. La normalité sanitaire devient modulable, perfectible, tendue vers le futur. Pierre de Coubertin imagine d'ailleurs, à cette époque, un sanatorium pour bien-portants. Dans cette perspective, la progression est aussi psychologique. Rien de plus révélateur, à cet égard, que les nouvelles images du corps, que la mode des toniques, celle des consommations euphoriques pour se sentir mieux. C'est bien le signe que les individus sont alors sensibles à un accroissement de leurs potentialités, potentialités qui, auparavant, ne paraissaient pas exister. Qu'il s'agisse de poursuivre un idéal, l'immortalité, c'est possible.

Le XX^e siècle a permis la synthèse de cette définition négative et de cette définition positive de la santé. Au statique (et négatif) "rester en bonne santé" se juxtaposent aujourd'hui les idées et la démarche d'amélioration de la santé. L'État providence a sans conteste permis cette synthèse. Mais aujourd'hui je crains que cet indéfini futur ne soit porteur de la crise des politiques actuelles de santé.

Sciences Sociales et Santé

Vol. 14 n°1 Mars 1996 Revue trimestrielle

**La malnutrition de l'enfant : fait culturel,
effet de la pauvreté ou du changement social ?**

Sommaire

- Doris Bonnet** Présentation.
La notion de négligence sociale
à propos de la malnutrition de l'enfant
- Myriam Roger-Petitjean** Représentations populaires
de la malnutrition au Burkina Faso
- Yannick Jaffré** Dissonances entre les représentations
sociales et médicales de la malnutrition
dans un service de pédiatrie au Niger
- Alice Desclaux** Le traitement biomédical
de la malnutrition au temps du sida
- Jean-François Bouville** L'approche relationnelle
de la malnutrition infantile
en milieu tropical

La rédaction a reçu

« Sciences Sociales et Santé » est vendu au numéro aux éditions :

John Libbey Eurotext

127, avenue de la République, 92120 Montrouge

Tél. (33.1) 46.73.06.60

“LA SANTÉ ? C’EST LA VIE !”

DIALOGUE AUTOUR D’UNE DÉFINITION

Pierre AÏACH : *Qu’est-ce que la question de la définition de la santé a représenté pour toi dans ton expérience professionnelle ? Je veux dire quelle place a-t-elle pu prendre, quels problèmes a-t-elle pu poser, quelles interrogations a-t-elle fait naître chez toi ?*

Antoine LAZARUS : Depuis un certain nombre d’années, je dois enseigner à toute une série d’étudiants la santé. Mon premier cours avec eux s’appelle “Les Principes de la santé publique”, mais avant d’arriver à la question de la santé publique, c’est évidemment les questions de la santé qui se posent. Je commence en général mon premier cours en leur demandant quelle est la mortalité générale dans la population. Ça crée du flou dans les amphis. Certains disent : “Monsieur, tel %”, jusqu’à ce que celui qui a fait Maths Sup dise : “Mais on est en train de se faire avoir, il ne nous a pas dit sur quelle durée ! C’est donc 100 %, monsieur.” Donc, on en arrive à dire une naissance = un décès, et quoi qu’il en soit, ce dont il s’agira si on parle santé, c’est quelque chose qui va se passer entre la naissance et le moment de la mort. Donc, déjà, premier étonnement. Ensuite, pour parler de la santé, j’arrive un peu par la périphérie en disant : qu’est-ce qui se passerait si la prévention était totalement efficace ?... Si la prévention était totalement efficace disent les étudiants, il n’y aurait plus de vieillissement, il n’y aurait plus de maladie, en tout cas pour les maladies normalement transmissibles, il n’y aurait plus d’accidents, et si, malgré tout, il en restait encore quelques-unes, les soins étant totalement efficaces, on soignerait tout le monde. Quel serait le résultat ? Le résultat serait que les gens deviendraient immortels.

*Antoine LAZARUS est Professeur de Santé Publique à l’Université Paris-Nord
74, rue Marcel-Cachin - 93017 Bobigny Cedex*

*Pierre AÏACH, Sociologue, est Directeur de Recherche à l’INSERM
(Unité 158 - Université René Descartes) et Président de l’Association ERASME
Faculté de Médecine Necker - 156, rue de Vaugirard - 75750 Paris Cedex 15*

Or, quand on regarde un certain nombre de mythes depuis pas mal de siècles – je cite par exemple le mythe du Juif errant ou du Hollandais volant, ces gens qui, pour une raison quelconque, ont péché ou déplu à Dieu, sont condamnés à ne pas mourir. Comme si la condamnation à ne pas mourir pouvait être une malédiction. Donc, qu'est-ce que c'est que cette santé qui, au fond, a besoin de savoir que l'on va mourir pour ne pas être dans la malédiction et pour aller bien ? Alors, évidemment, on peut dire que, si on sait qu'on ne va jamais mourir, ce n'est pas la peine de désirer aujourd'hui ce que j'ai l'éternité pour vouloir. Donc la mort du désir, c'est-à-dire la mort de la vie vient avec le fait que la vie n'est pas finie. C'est ensuite seulement que j'aborde assez longuement la définition de l'OMS, que j'ai mis longtemps à entendre comme je la dis maintenant.

Alors, c'est vrai qu'une fois qu'on a dit que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui n'est pas seulement l'absence de maladie ou de handicap ; une fois qu'on a commencé à se rendre compte que cette chose a été dite après la guerre, dans une réunion internationale, en anglais, avec une forte prééminence des pays occidentaux, on peut se poser la question : qu'est-ce que ça veut dire, ce truc-là ? Dans notre monde, qui est extrêmement rationnel, qui ne croit à rien qu'on ne puisse mettre sur une échelle quantitative, même le qualitatif qu'on mettrait en quantitatif, si j'ose dire, tous ces pays réunis se sont alors posé des questions : qu'est-ce que c'est que la santé ? Est-ce que la santé va être quelque chose de normé ? Par exemple, sera en bonne santé celui qui, à tel âge, pèse tel poids et a telle taille ? Ou bien celui qui, à tel moment de sa vie, a tel poids d'hémoglobine circulante, compte tenu d'une correction en fonction de l'altitude et de la pression d'oxygène ! ? On aurait pu prendre ça, on aurait pu prendre des tables, mais quelle référence aurait-on choisi : le grand Américain en bonne santé ou le pygmée qui mesure 50 cm de moins que lui ? Est-ce qu'on peut dire que le pygmée est en mauvaise santé parce qu'il est plus petit ? Or, le pygmée est un redoutable chasseur qui peut éventrer les éléphants à lui tout seul en se couchant sur la piste ; on ne peut pas dire qu'il est en mauvaise santé.

D'autre part, quand on prend les interprétations, même de la pathologie ou des signes de bonne santé, selon les pays, les cultures, voire les religions, le même signe n'a pas la même signification. Lorsqu'on me dit : *“Mais enfin, écoute, t'es riche, t'es un docteur, comment se fait-il que tes enfants soient si maigres ?”* Moi, je dis : *“Mais, mes enfants ne sont pas maigres, ils se trouvent très bien. Et en plus, c'est des filles et si elles sont grosses, elles sont tristes. Quand elles sont plutôt minces, elles sont plus contentes”*. *“Oui, mais c'est pas normal, ça. Quand on est riche, on a des gros enfants, on a une grosse femme, parce que si ils sont pas gros, ça prouve qu'on les nourrit pas et ça prouve qu'on ne les aime pas.”* Je dis : *“Mais non. Ça, c'est chez toi comme ça, c'est pas chez moi comme ça”*. Qui a raison dans cette vision de la santé ? On pourrait dire que tous les indicateurs biologiques montrent que c'est moi qui ai raison, mais eux, ils ont peut-être raison à leur manière. Ce qui fait qu'à mon avis l'OMS a été extraordinairement sage en décidant, ce qui est le fond de cette définition, que la définition de la santé n'est pas une définition normée. Première surprise considérable.

P.A. : Juste un point de détail : ce dont tu parles, là, s'agit-il de vrais débats, de vraies questions qui se sont posées à ce moment-là ?

A.L. : Je les imagine. En tout cas, moi, je le lis comme ça aujourd'hui. Ce que j'enseigne aux étudiants et qui est devenu peu à peu ma conviction, c'est que, quand on dit que la santé est un état de complet bien-être, donc, déjà, un état

d'être, une manière d'être, c'est quelque chose qui est de l'ordre du ressenti, ressenti individuel ou collectif. Etat de complet bien-être, ça prononce d'entrée de jeu quelque chose d'inatteignable et d'utopique. Dès lors qu'on se pose la question "Est-ce que je vais bien ?", on a tout de suite l'estomac qui gargouille, une crampe dans le rectum, une petite inquiétude parce qu'on est en retard. Dès lors qu'on se pose la question du complet bien-être, on n'y est plus, c'est un peu comme le bonheur, ça. Ainsi, une définition du XX^e siècle, siècle techniciste en diable, pose comme fondement commun que la santé sera de l'ordre du subjectif et dépendant du point de vue de chacun ou de chacun des groupes, là où il se trouve, dans leur culture à eux. Un état de bien-être ou de complet bien-être. Et on va préciser en effet le corps, physique, mental – que souvent les gens entendent comme moral et qu'ils entendent plutôt dans le sens avoir le moral et pas tellement comme les choses de l'ordre de la psychométrie, si je puis dire, ou de l'ordre de la vie psychique. Donc, premier temps : un état de bien-être physique et mental. Ce qu'on comprendra assez bien, mais qui va dépendre, au fond, des points de vue des uns et des autres, ce qui fait que, dans cette définition même, le monde occidental renoncerait à être celui qui sait pour ceux qui ne savent pas. Et puis ensuite, grand débat : le monde occidental, anglo-saxon, estime qu'il faut nommer le social dans la santé. Donc l'état de complet bien-être est physique, mental et social. Alors, évidemment, c'est une surprise considérable. Pourquoi est-ce qu'on va mettre le social dans la santé ? Evidemment, on met le social parce que nous savons très bien, nous, qu'en fonction des métiers, en fonction du niveau d'éducation, par exemple, les gens vivront plus ou moins vieux.

P.A. : *Et pour toi, ce n'est pas quelque chose de redondant, le social, par rapport aux deux premiers, le physique et le mental ? C'est-à-dire, faut-il du social alors qu'on a déjà le bien-être physique et mental ?*

A.L. : En tout cas, la définition le précise. Je pense que ça apporte un complément, mais que ça pose des problèmes redoutables... Social, ça veut dire qu'on va intégrer dans la santé, non pas seulement l'état actuel des choses, mais un certain nombre de potentialités de devenir, ou de passé, mais enfin, en tout cas, de devenir. Si, à un moment donné, on faisait passer des examens de santé à des gens qui sont encore vivants, ils ne seraient pas malades physiquement, pas malades mentalement, mais le seraient en fonction de leurs conditions de vie : ils ont plus de chances d'avoir des accidents, des affections, des maladies qui vont les faire mourir plus jeune, etc.

On rappelle dans cette définition qu'il ne peut pas y avoir de santé sans y avoir le souci du monde dans lequel la santé se développe ou de l'environnement dans lequel ça se passe. Et puis, ensuite, cette définition précise : ce n'est pas seulement l'absence de maladie ou de handicap ou d'inadaptation ou d'infirmité, qui caractérise la santé. Des gens qui ne sont pas malades, qui n'ont pas de handicap peuvent ne pas être en bonne santé et on pourrait, d'ailleurs, à l'inverse, jusqu'à un certain point, admettre que des gens, même avec un handicap ou une maladie, peuvent être en bonne santé. C'est ce qu'on voit et c'est très éclairant, chez les gens qui souffrent d'une affection, qui la nient, qui la dénie et qui vivent très bien sans vouloir voir la gravité de leur affection – pour les toxicomanes, les alcooliques, par exemple.

Alors, une fois que j'ai dit ça, la première surprise, c'est que la santé n'est pas une norme dans le monde occidental contemporain. Ceci étant, qui va en être

responsable ? Et, c'est là-dessus que la question du social est redoutable. S'il est vrai que la santé a à voir avec le social, est-ce qu'on pourrait aller jusqu'à dire que les professionnels de santé sont responsables du social ? Et s'il y a une corrélation entre le social et la vie politique, est-ce qu'on pourrait aller jusqu'à dire que les professionnels de santé sont responsables de la vie politique ?

Dans l'histoire française, nous avons déjà assisté à ce type de tentatives : un certain nombre de médecins au moment de la Révolution française vont devant les assemblées constituantes, ou la convention, faire des propositions qui sont débattues à l'époque, du genre : "Nous qui sommes capables de faire vivre en harmonie les organes du corps, de rétablir la physiologie et les équilibres, nous proposons, n'appartenant à aucun clan, à aucun parti, et étant guidés par le souci altruiste du serment d'Hippocrate, nous proposons que ce soient les médecins qui aient la charge de faire vivre le corps social pour l'harmonie de ses organes comme nous savons aider à vivre le corps humain." Et ça se discute. Et finalement, c'est Napoléon – qui n'aime pas beaucoup les médecins, sauf la santé publique et les vaccinations parce que ça, il peut le contrôler, du moins, c'est ce que racontent les historiens – qui, d'une manière très claire, met les médecins du côté de la médecine et met le pouvoir civil, social compris, du côté des gouvernements. Mais la question du social est tout à fait troublante, puisqu'il est vrai que le professionnel de santé est un des mieux placés pour voir les corrélations entre l'organisation sociale, notamment ses inégalités, et la lecture de ces inégalités par les altérations de la santé ; dès lors qu'il est témoin d'un phénomène, il a une sorte de charge morale, d'obligation quasiment éthique à dire ce qu'il sait. C'est ce qu'on disait en 1968 ! Je disais et d'autres aussi que nous n'avions plus le droit à la naïveté compte tenu du niveau de la science contemporaine. Donc à partir du moment où ce sont les professionnels de santé qui ont cette capacité à savoir, est-ce que le fait qu'ils sachent leur donne une mission particulière ou une obligation particulière d'intervention ? Et s'ils disent oui, comme ça s'est passé dans un certain nombre d'exemples – organisation du monde industriel, organisation de la vie, quasiment des rythmes scolaires (encore que ce ne soit pas brillant), organisation de plein de choses, "*Docteur, est-ce que je suis normal ? Docteur, est-ce que c'est comme ça qu'il faut faire ?*" –, si le soignant ou le professionnel de santé admet que, puisque c'est lui qui est conscient, c'est lui qui est responsable, ça signifie que, dans son éthique et sa déontologie, il doit avoir l'obligation de prendre le contrôle des déterminants sociaux qui sont défavorables pour la santé de la population.

On voit très bien là le risque de glissement. Quand on regarde dans un certain nombre de pays comment ça se passe, et notamment l'histoire de l'eugénisme dans le monde occidental contemporain, ce sont bien des biologistes et des médecins qui, au titre de la protection de la santé de la population, s'emparent de questions comme la délinquance, la criminalité, les maladies sexuellement transmissibles, éventuellement la démoralisation de l'armée. Au titre de ce qu'ils savent de la clinique, ils demandent qu'on mette de côté certaines populations pour, progressivement, même, arriver à en supprimer certaines physiquement en les considérant, d'un point de vue sanitaire, non plus comme des gens mais comme des facteurs de risque. Donc, dès lors que le professionnel de santé va s'emparer du social, il va redire une déontologie sur le social, et est-ce que sa déontologie médicale ou médico-sociale est meilleure que celle des politiques ? Voilà une première question ouverte. Et, deuxièmement, à supposer qu'on lui donne le pouvoir, il va se mettre en effet à gérer le corps social comme malade

mais quasiment souffrant d'une maladie auto-immune, c'est-à-dire c'est lui qui va voir qu'à l'intérieur du corps social, il y a des éléments positifs et des éléments négatifs. Et s'il a une mentalité de chirurgien, il va être poussé à supprimer, pour la santé de la majorité, la vie physique de la minorité. Ainsi, la question du social, c'est en même temps la concurrence aux politiques et le risque de dérive vers une application sur le modèle anatomo-clinique à toute la société.

P.A. : *Mais il n'y a pas que les professionnels de la santé qui peuvent faire ça. D'autres personnes peuvent s'emparer de cette question. Les professionnels de santé ne sont pas seuls légitimés à agir. Je pense que dans une certaine mesure, la question juive a été posée comme ça par Hitler : Il fallait se débarrasser d'une partie de population qui était malsaine. Donc, d'un certain point de vue, il y a quelque chose qui rejoint. Donc des non-professionnels de la santé peuvent s'emparer également de cette façon de voir et l'appliquer.*

A.L. : Oui, mais alors, ce qui est très curieux, au moins dans ce que je sais des questions de l'eugénisme, c'est de voir l'évolution du concept de population. Pendant longtemps, les populations s'identifiaient aux habitants d'un endroit ; ensuite, la pensée classificatoire, à la fois biologique et médicale, a fait de la population un ensemble virtuel d'individus qui ne se connaissent pas forcément entre eux mais qui sont liés par une caractéristique qu'éventuellement eux-mêmes ne connaissent pas mais qui est connue par le savant, ou par celui qui fait de la biologie ou celui qui sait des choses sur eux. Et, à ce moment-là, on voit une espèce de glissement où la gestion de la population va se faire notamment par des gestions de catégorisation de populations qui sont déterminées par un savoir de type médico-social. Regardons ce qui se passe aujourd'hui avec les exclus : un certain nombre de gens se retrouvent dans une catégorie très déterminée par une analyse de type socio-sanitaire quasiment, autour des notions d'exclusion. Ils disent : "Moi, je suis un exclu." C'est-à-dire qu'ils enfourment une catégorie que l'on pourrait qualifier de type socio-clinique qui est déterminée par des gens qui n'ont pas eu à les connaître et qui vont en faire cette catégorie. Donc, on voit assez bien que, à laisser prise dans le champ de la santé à l'entrée de catégories normalisantes sur le modèle occidental, ces catégories normalisantes appellent la gestion des catégories, comme toute administration gère des catégories – gestion au bénéfice de, ou gestion au préjudice de, sans rentrer dans le détail – et que dès lors que les grandes définitions de la santé permettent des catégories normalisantes, à ce moment-là, il y aura un glissement normal des sociétés vers une gestion de plus en plus normalisée par catégories et qui n'est plus dans l'ordre du sujet ni des personnes.

Et je pense que, même si c'est intuitif, même s'ils n'ont pas su faire autrement, même si c'était pour ne pas déplaire, même si c'était pour contenir un petit peu la poussée anglo-saxonne de la normalisation d'après-guerre, je pense que cette définition de l'OMS est assez curieusement une définition plutôt de sauvetage, c'est-à-dire a renvoyé le fait que la santé, c'est ce qu'au fond les gens pensent d'eux-mêmes, d'abord... Mais si j'admets que leur discours est vrai, qu'ils sont compétents sur eux-mêmes, compétents sur leur groupe, sur leur propre vie, dès lors que je les considère comme compétents sur leur santé, à ce moment-là, je suis leur obligé s'ils veulent bien me parler. On redevient complètement égaux et je ne suis plus l'homme qui sait par rapport au sous-homme qui ne sait pas. Et je pense que repenser le sens de la définition de l'OMS est extrêmement intéressant.

Et personnellement, j'ai retrouvé ça ensuite, sur les quartiers, pendant un certain nombre d'années. En effet, en matière de santé communautaire, le gros problème, quand on aborde un quartier ou un groupe de gens, est de savoir ce que sont leurs problèmes de santé, (le fameux diagnostic communautaire qui est un terme déjà assez réducteur). Est-ce qu'on va le faire en appelant une boîte d'épidémiologie à qui on donne quelques centaines de milliers de francs pour faire une enquête sur le quartier et qui va nous donner une dispersion épidémiologique de toute une série de facteurs de risques, quelques morbidités qui sont toute petites et qui, en général d'ailleurs, ne permettent pas de prendre une décision politique locale, ou bien est-ce qu'on va essayer de s'y prendre autrement ? Et c'est vrai que je fais partie de ceux qui réunissent les gens, dans la mesure où ça ne se fait pas spontanément, et qui essaient de faire émerger, parmi eux, autant que possible dans leurs mots à eux, un questionnement sur ce qui leur paraît aller bien ou aller moins bien. Et à force de travailler comme ça, on s'est aperçu qu'il y avait au fond deux entrées épidémiologiques : l'une qui est l'épidémiologie classique, qui se sert éventuellement un peu de l'épidémiologie qualitative aujourd'hui, un petit peu ce que les gens ressentent – et l'autre qui est ce que j'appelle d'une manière un peu provocante l'épidémiologie du ressenti –, c'est-à-dire en appliquant très concrètement cette idée de l'OMS, l'état de bien-être, on va essayer de s'intéresser en épidémiologie à cet état de bien-être, au fond à ce que ressentent les gens, soit individuellement, soit collectivement. Et on commence à étendre l'investigation du côté de la santé en allant voir ce que les gens ressentent. Je ne parle pas des représentations, parce que les représentations sont la mesure par des professionnels de quelque chose – mais cette idée du ressenti est, à mon avis, l'application toute simple de la définition de l'OMS. On dit toujours – et c'est ce que je dis moi-même, d'ailleurs – que cette définition de l'OMS est quelque chose d'assez immobile, d'assez peu dynamique.

P.A. : *En plus c'est une forme d'idéal qu'on n'atteindra jamais !*

A.L. : C'est ça. Alors, aujourd'hui, quand on fait un tour de table dans notre pays en disant aux gens : *"Pour vous, qu'est-ce que la santé ? – C'est se sentir bien dans sa peau, c'est être capable de conduire son métier, c'est être capable, etc."* Tout ça, je suis absolument d'accord, c'est-à-dire tout l'aspect dynamique qui aide à vivre. Et puisque nous sommes sur la définition, celle dont je me sers et qui finalement ne me déplaît pas après des années d'usage, c'est tout de même partir d'un état, mais cet état va s'inscrire dans la culture des pays. Notre culture à nous ne se nourrit quasiment que d'indicateurs objectifs ; nous avons besoin d'un certain nombre de données objectives pour que, dans le monde occidental, on soit dans notre état de bien-être. Donc, ce n'est pas le point de vue passéiste, qui éviterait la science. Mais regarde : tu prends quelqu'un qui va bien. Pour une raison quelconque, tu lui fais un test de dépistage HIV ou d'hépatite, et il apprend qu'il est séropositif. La conscience que tu as de toi-même... Avant, tu ne le savais pas, tu avais une vie qui était normale, tu te sentais bien et, éventuellement, tu avais peut-être encore devant toi des années et des années avant le premier signe de la maladie – enfin, comme tous les séropositifs. Dès lors que tu as l'information objective de ton état de santé, ton ressenti va s'en trouver profondément altéré, mais ce ressenti va être altéré par quelque chose sur quoi nous sommes particulièrement vigilants, qui est une information objective. Donc nous avons une énorme capacité à subjectiver les informations objectives sur notre propre santé. Et ça, c'est évidemment le monde instruit, le monde occi-

dental, et celui qui vit le plus vieux. Je ne dis pas que c'est l'un à la place de l'autre, mais la résultante de cette information qu'on t'a donnée. Docteur, est-ce que c'est grave, est-ce que c'est pas grave ? Il faut manger ça ou pas ça ? Si vous faites cuire du beurre à haute température dans la poêle, vous fabriquez des produits cancérigènes. Tout ça, ce sont des données objectives mais qui vont être utilisées dans la manière de vivre, dans le mode de vie, dans le ressenti.

P.A. : *Ce que je ne comprends pas très bien, c'est ce besoin de qualifier santé quelque chose qui relève du ressenti. Demander aux gens s'ils vont bien et ce qui ne va pas dans leur vie, qu'il s'agisse de problèmes en relation directe avec la santé au sens étroit ou médical du terme ou qu'il s'agisse de choses qui auront à voir plutôt avec le problème du chômage ou des relations sociales dans la famille, etc. Je veux dire, est-ce que c'est une façon de légitimer sa propre action en tant que médecin ou spécialiste de la santé publique pour aller voir des choses qui habituellement sont mises de côté, parce que, au nom de la bonne épidémiologie ou au nom de la bonne politique de santé, on ne s'occuperait pas de ces questions-là, donc on a besoin de dire : "Pour moi, la santé, c'est aussi ça". Parce qu'on peut très bien aller s'occuper de ces questions et aller interroger des gens sur la façon dont ils ressentent les choses, la vie, les problèmes sans les qualifier de santé. Pourquoi les qualifier de santé ?*

A.L. : Je comprends ta question, mais mon souci, c'est la recherche d'un objet qui serait à valeur universelle, c'est-à-dire n'appartenant pas d'abord à l'espace de définition et de ceux qui savent les faire. Je cherche quelque chose qui est transversal, qu'on va partager avec tout le monde. Alors, c'est vrai que j'ai peut-être, à la fois comme intellectuel et comme professionnel de santé, plus de mots pour essayer de conceptualiser, mais j'essaye, quand je réfléchis à la santé, de projeter la part de moi qui n'est pas la part professionnelle. Quand je vais aller interviewer les uns et les autres, ou même sans les interviewer, je les entends, puisque, peut-être, savoir des choses sur la santé, c'est écouter ce qui est dit dans la société pour savoir comment la société dit sa santé quand le médecin n'est pas là pour en conduire le discours dans son propre schéma. Ce qui m'intéresse, c'est d'essayer de trouver, quand il s'agit de santé, l'objet qui est le vrai objet de dynamique sociale, le vrai objet éventuellement du désir ou du déni, les raisons pour lesquelles des jeunes en bonne forme prennent des risques d'accident, d'overdose, de ne pas mettre la capote. Qu'est-ce qui fait que des gens en bonne santé dans notre société contemporaine n'aiment pas leur santé, c'est-à-dire, n'aiment pas leur vie, ne restent pas dans des comportements protégeant la santé ? Nous posons presque comme principe que tout le monde a envie de vivre le plus longtemps possible, et puis on s'aperçoit qu'il y a des gens qui n'ont pas envie de vivre. Qu'est-ce que ça veut dire ne pas avoir envie de vivre ? Et quand tu vois la même personne qui va mal et qui se laisse aller, devenir amoureuse et te dire avoir envie de vivre, il se passe là un certain nombre de déterminants qui font que la santé est cet objet de désir ou un objet d'une dynamique qui se remet en route, qui marche ou qui ne marche pas.

P.A. : *C'est toi qui la qualifies de santé... Parce que c'est la vie ! En tout cas, il y a quelque chose qui tourne un peu en rond. C'est-à-dire, effectivement, parce que tu adoptes finalement cette définition, cette façon de voir qui est en relation, en filiation directe avec la définition de l'OMS, que tu retraduis, tu relis à ta façon, dont le sens est quand même assez évident, tel qu'il est proposé en tout cas.*

A.L. : Oui, tout à fait.

P.A. : *C'est pour ça que, à ce moment-là, tu dis "il refuse la santé". Moi, j'aurais dit qu'il refuse la vie. Mais, c'est parce que tu as cette définition que tu qualifies la vie de santé ? Ça part de toi.*

A.L. : Exact, mais regarde comment il refuse la vie : il refuse la vie en se mettant dans des situations de risque pour la santé.

P.A. : *Mais pour leur vie tout court, aussi. Leur vie professionnelle, leur vie amoureuse, leur vie familiale...*

A.L. : Mais ce qui veut dire que la manière de signifier qu'on veut ou pas la vie, c'est son attitude par rapport aux facteurs de risques santé.

P.A. : *Dans quelle mesure, d'ailleurs, ont-ils la liberté de choisir ou de ne pas choisir leur comportement, leur attitude ? Bon, le fait de ne pas vouloir continuer, par exemple, de suivre des études, vouloir apprendre un métier va les conduire finalement dans une impasse, au chômage, avec tout un cortège de facteurs de risques...*

A.L. : Non, on pourrait dire tout ça, mais si tu choisis un métier en te trompant alors que tu voulais réussir, ce n'est pas tout à fait la même chose que si tu le choisis par abandon et par envie de te foutre en l'air.

P.A. : *C'est l'intrication des faits de santé avec l'ensemble de la vie sociale propre à l'individu et à la collectivité qui rend effectivement les choses très complexes et très difficiles et, en même temps, on est dans une ambiguïté, dans une ambivalence permanente.*

A.L. : En tout cas, tu as entendu : moi, la santé, je dis à peine que c'est un objet, je dis que c'est une espèce de manière de dire, une dynamique. Dans une société laïque, en principe, en tout cas dans les mots autorisés à l'échange. Ce qui n'est pas simple, parce que, à l'évidence, il y a une relecture : la santé de son âme, souffrir sur la terre comme un investissement dans la vie éternelle, la maladie de l'âme... Enfin, tu vois, il y a les mots de la médecine, les mots de la santé, les mots de la survie, les mots de... Un cancer de l'âme... Donc nous jouons au jeu, si tu veux, de ne parler de la santé qu'à travers les éléments positivistes qui sont autorisés.

P.A. : *Peut-on considérer qu'une certaine conception de la santé élargie comporte des aspects néfastes ? En d'autres termes, le revers de la médaille d'une conception élargie de la santé ou d'une définition élargie type OMS... Je voudrais avoir ton point de vue là-dessus.*

A.L. : Je ne vois pas beaucoup d'effets pervers à la définition de l'OMS. Où je vois des effets pervers, c'est dans la lecture sanitaire, c'est-à-dire insérer dans le dispositif risque, facteur de risque et légitimité de la prévention, la lecture sanitaire d'un certain nombre de comportements sociaux. Tu as des gens qui cherchent au fond un état de complet bien-être physique, mental et social de leur groupe d'appartenance, ce qui est légitime, que ce soit sa famille, ses amis, les gens de la même race ou du même pays que soi, et tu vois derrière cette analyse, le prima de la légitimité de la bonne santé du groupe, légitimité de la recherche commune de tout ce qui peut altérer la bonne santé du groupe et accord sur la légitimité d'une lutte commune contre tous les facteurs de risques de mauvaise santé du groupe. Ces facteurs de risque de mauvaise santé du groupe

peuvent être des facteurs environnementaux dont les gens sont eux-mêmes responsables, et alors là, c'est très bien qu'ils agissent pour l'intérêt de tous, mais ça peut être des facteurs dépendant d'autres personnes ou d'autres catégories sociales, souvent moins favorisées, et qui, par leur simple présence, représentent une gêne psychologique ou un danger physique très précis, de type contamination, ou dans le travail. Et l'on voit autour de cette légitimité apparemment charmante de gens qui s'associent entre eux pour la bonne santé se constituer quasiment des effets de clans sur des thèmes très naturalistes : la nature est comme ça... Les facteurs de risques sont des choses décrites, il n'y a pas un mot d'analyse politique, il n'y a pas la moindre distance philosophique.

P.A. : Il y a des mouvements analogues aux Etats-Unis avec le "healthisme".

A.L. : Oui, mais c'est la question du communautaire. Alors, je ne parle pas forcément de gens qui ont un discours raciste, mais je vois poindre, au titre de la santé, la résurgence, légitimée par la science, des égoïsmes de groupe, des égoïsmes de clan et des nécessités de survie. Et là, on retrouve entièrement un discours des années 20 ou même des années eugénistes : l'homme, même le mieux doué et le plus fort, est mortel et fragile, donc il faut que même les gens les plus forts, d'une manière légitime, se défendent contre tout facteur de risque venant compromettre leur reproduction et leurs chances de survie.

P.A. : *Je voulais te demander si tu ne voyais pas, dans l'évolution de la santé occidentale, un accroissement de la préoccupation des questions de santé dans la tête de tout un chacun, et pas simplement chez les gens âgés, depuis le tout jeune âge, depuis l'enfant qui commence à réfléchir, à penser, parce que le modèle qui lui est proposé est, précisément, celui-là..*

A.L. : Tu crois que ça s'accroît ?

P.A. : *Il y a une multitude de signes qui montrent cet accroissement. Déjà, quand on interroge les gens, quand on écoute même les discours des enfants autour de soi, depuis le réflexe qui consiste à dire, lorsqu'un animal est malade : "On va l'amener chez le vétérinaire tout de suite !", au premier signe, ou encore à dire : "Il faut, maman, que tu m'amènes chez le médecin !" dès qu'il y a un petit bobo, un petit mal au ventre. D'ailleurs, la mère ne se fait pas prier. C'est quelque chose qui est culturellement ancré dans les attitudes et conduites aujourd'hui.*

A. L. : Non, c'est vrai. Ce que nous pouvons voir, c'est qu'il y a de plus en plus de corrélation, quand s'exprime le souci de santé, entre ce souci de santé et la référence médicale. La question qui peut se poser est de savoir si le souci de santé a augmenté. Que le souci de santé soit de plus en plus corrélé avec ce qui est dicible du côté de la science médicale, dans la lecture visible, sûrement. Mais, pour autant, est-ce que dans la vie quotidienne, dans un pays comme la France, le souci de santé existe ? En tout cas, l'inquiétude pour la santé de soi-même ou de ses proches existe en permanence. Et à quoi est-elle corrélée ? Je pensais à une histoire de mon enfance, je ne sais pas pourquoi je pense à ça – une jeune fille à la campagne qui, quand on allait se baigner, à un certain moment, peut-être 12 ans, comme ça, d'un air très mystérieux disait : "En ce moment, je peux pas me baigner parce que j'en mourrais." J'ai mis des années à comprendre que c'était cette vieille croyance qui veut que, quand on a ses règles et qu'on se met dans l'eau, on va mourir de je sais pas quoi. Bon, les gens ne le font plus aujourd'hui, pourtant quand elle ne va pas se baigner pour ne pas

en mourir, ce n'est pas très médical, mais c'est bien un souci de santé. Et lorsque tu t'aperçois que, dans la manière de langer les bébés, la manière de leur parler, dans les nourritures que choisissent les familles, dans les conjurations magiques, les prières faites tous les jours, on invoque Dieu et tous les saints pour la santé des siens, chacune des prières est une invocation pour la santé. Il y a un souci de santé omniprésent mais qui, en effet, ne va pas s'adresser au savoir médical. Donc, pour essayer un peu de creuser cette piste, est-ce que, au fond, le souci ou la préoccupation pour la santé pourrait se mesurer en valeur absolue ? Première question. Et puis, deuxième question, comment cette préoccupation se métabolise aujourd'hui ? Qu'elle se métabolise par le médical, je suis largement d'accord, mais lorsque des gens organisent leur vie avec des stratégies de contournement, des trucs phobiques – je pense aux Africains qui ne font pas tel geste, même celui de creuser la terre ou de tuer un animal, de se laver les mains sans...

P.A. : Oui, mais ça, c'est le malheur.

A.L. : Mais le malheur dont le signe va se voir à travers la maladie du corps.

P.A. : Pas forcément, pas simplement.

A.L. : Enfin, même dans nos campagnes, tu trouves ça.

P.A. : La maladie n'est pas l'unique malheur possible.

A.L. : Oui, mais tu parles mal à ton papa ou à ta maman ou tu fais un juron avec le nom du Christ...

P.A. : Mais les sanctions passent peut-être par le corps, mais sans qu'il s'agisse de maladie.

A.L. : Non, non, je te parlais de la santé.

P.A. : Toute atteinte, à ce moment-là, au corps... Presque tout passe par le corps.

A.L. : Le corps ou l'équilibre de l'âme ou de la tête.

P.A. : Oui, mais ça, on peut effectivement en discuter. Ce n'est pas si simple, effectivement. Ce dont tu parlais, cette préoccupation, la seule chose que je pourrais dire, en ce qui me concerne, c'est qu'elle est beaucoup plus prosaïque à l'heure actuelle, c'est-à-dire qu'elle s'exprime à propos de tout, à propos de vêtements, à propos de vacances, à propos d'alimentation, à chaque moment de la vie se pose cette question. Alors que, dans les exemples que tu donnais, il s'agissait soit d'événements très graves, de maladies très graves, soit d'actes qui pourraient provoquer quelque chose de très grave : la fille qui ne va pas se baigner parce qu'elle a ses règles, c'est sa vie qui est en jeu, là. Bon, l'événement n'est pas extraordinairement fréquent...

A.L. : Oui, mais les vies autrefois étaient tout de même beaucoup plus stéréotypées, bien plus immobiles localement, mais tu trouves quand même énormément de choses : sortir s'il y a de la lune, tel type de nuage, un oiseau qui passe...

P.A. : La question, c'est de savoir s'il s'agissait véritablement d'une préoccupation de santé ou s'il s'agissait d'un autre type de préoccupation. On peut en discuter.

A.L. : Or, dans la mesure où nous sommes très coupés de la nature, du moins la nature campagnarde, finalement le lieu par lequel la biologie continue à faire irruption, ça n'est pas en regardant pousser les petites plantes, c'est par son propre corps. On était jardinier du jardin autrefois, on est aujourd'hui jardinier de sa propre biologie. Alors, est-ce que c'est la santé ou pas ? C'est en tout cas souvent des savoirs que nous appellerions sanitaires qui sont à ce moment-là le support de ces représentations ou le support de ces pratiques sociales. C'est un peu pour ça que je disais tout à l'heure que c'est omniprésent, mais la manière dont la santé est omniprésente, c'est, maintenant, à travers les mots du savoir médical alors que j'imagine, avant, ça pouvait être dans les mots de la conjuration.

P.A. : *En tout cas, tu es bien sensible au fait qu'il y a une utilisation consciente et marchande de cette notion...*

A.L. : Et qui renforce la société assurantielle par toute une série d'aspects...

P.A. : *Qui va à la rencontre de cette préoccupation qui est présente, et l'attente est forte, mais en lui proposant parfois une amélioration et parfois le salut de l'âme ?*

A.L. : Oui, je pense qu'on pourrait dire ça. Et en plus, je retrouve là une partie de ma hargne vis-à-vis de mes collègues, et de moi-même d'ailleurs, d'être incapables d'inverser ça. C'est-à-dire d'avoir cette espèce de vision qui implique un peu de recul sur ce qui est en train de se passer. Alors, est-ce qu'on peut inverser ça un petit peu ? Ce n'est pas évident, parce que, tu vois, aux Etats-Unis, le New Age, tous ces machins-là qui s'inversent, et tu as la résurgence de l'irrationnel avec les sectes, qu'on connaît déjà maintenant depuis pas mal d'années, donc on sent...

P.A. : *Et l'importance de la question de santé dans ces sectes !*

A.L. : Tout à fait. Mais la question de santé qui se résoud autrement qu'à travers les pratiques médicales de type scientifique, souvent.

P.A. : *Ah oui, mais c'est aussi sous couvert d'amélioration du corps, de la santé, de l'esprit et du corps...*

A.L. : Mais en chassant le médecin, la plupart du temps. Enfin, en le mettant à l'extérieur. Donc avec une espèce de métadiscours qui signifie bien qu'il y a là un champ de pouvoir considérable à récupérer, donc au fond, c'est presque une expérience de physiologie...

P.A. : *En refusant la médecine au nom d'une nouvelle conception.*

A.L. : Tu supprimes les savoirs et les acteurs traditionnels sur ce champ-là et tu as une prise de pouvoir par les nouveaux acteurs.

Sciences Sociales et Santé

Vol. 14 n°2 Juin 1996 Revue trimestrielle

Sommaire

- 5 **Anne Lemay,
François Béland,
André-Pierre
Contandriopoulos,
Marcel Boucher,
Ginette Lavoie** Analyse économique
de l'utilisation
des services d'urgence
hospitaliers
- 39 **Philippe Mossé** L'analyse économique de l'urgence :
une construction sociale
(*Commentaire*)
- 47 **Catherine Morin
Anne Salazar-Orvig** Paroles de patients hémiplégiques :
discours et position subjective
- 79 **Nicole Ramognino** De l'usage de la linguistique
dans la construction
d'un objet de sciences sociales
(*Commentaire*)
- 87 **Bernard Taverne** Stratégie de communication
et stigmatisation des femmes :
lévirat et sida au Burkina Faso
- 107 **Claude Raynaut** L'Afrique et le sida.
Traditions ou changement ?
(*Commentaire*)
- 113 **Notes de lecture**
- 125 **Livres reçus**

« Sciences Sociales et Santé » est vendu au numéro aux éditions :

John Libbey Eurotext

127, avenue de la République, 92120 Montrouge

Tél. (33.1) 46.73.06.60

UNE DÉFINITION D'ACTUALITÉ

La définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé, "un état de complet bien-être physique, mental et social", recouvre trois secteurs d'activité importants pour les médecins. Il ne faut pas oublier que, par définition, le médecin n'est pas celui qui doit uniquement lutter contre les maladies. Il doit aussi les prévenir et se préoccuper non seulement du corps mais de l'être, c'est-à-dire de l'individu dans sa globalité. Enfin quand on dit "bien-être social", c'est parler de l'individu dans son environnement, c'est-à-dire sa capacité à résister, avec l'aide des médecins s'il le faut, aux agressions extérieures, pollutions, épidémie, etc., mais aussi à s'insérer dans la société. Si on se réfère au code de déontologie médicale, il est écrit que les médecins, en dehors des soins éclairés qu'ils doivent donner aux patients, doivent contribuer à leur permettre d'accéder à leurs droits sociaux. La situation du patient dans sa globalité, c'est non seulement son corps, c'est aussi la façon dont il se sent – et cette notion ne fait pas uniquement référence à du somatique, maladie ou altération des organes, mais prend en compte une dimension psychologique et affective – ainsi que son insertion sociale, problème plus important aujourd'hui avec la précarité et l'exclusion. J'ajouterais volontiers quelque chose, non pas une définition mais une approche de la santé, une phrase du Professeur Leriche, qui disait : "La santé, c'est le silence des organes". Pour le Professeur Leriche, quelqu'un qui n'aurait aucune perception de l'altération d'une fonction quelconque, que ce soit le foie, le rein, le poumon, le cœur, mais aussi le cerveau, se considérerait en bonne santé.

*Le Professeur Bernard GLORION est Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
180, boulevard Haussmann, 75008 Paris*

Partant de ces considérations, on a trop oublié qu'au fur et à mesure des progrès de la médecine et de l'extension de l'assurance maladie, c'est-à-dire un système de protection dit sociale mais qui s'occupe presque exclusivement de la maladie, on a donc trop oublié le volet de l'éducation de la santé et celui de la prévention des maladies. On l'a d'autant plus oublié qu'à ma connaissance les actes de prévention au sens pur du terme n'entrent pas dans le cadre du remboursement des actes médicaux. Certes, il ne faut pas nier la dimension santé publique et les dispositions prises par les Pouvoirs publics. Dispositions collectives, et je pense aux vaccinations, destinées à protéger la santé. Les médecins y contribuent, bien évidemment, puisqu'ils sont au service de l'individu ET de la santé publique. Mais cette contribution n'est pas considérée comme un acte, une prestation.

Considérer la prévention comme un acte médical

Au moment où nous sommes en train de réformer notre système de protection sociale, je pense qu'il serait bon qu'on donne une part importante à cette activité du médecin qui, dans le silence de son cabinet, n'est pas uniquement appelé à répondre à la question d'une personne malade mais qui doit aussi anticiper, donner des conseils de santé publique, d'éducation sanitaire, avec l'objectif de prévenir les maladies. Cet acte de prévention est un acte médical à part entière et donc devrait être considéré comme tel et rémunéré en tant que tel. Certes, nous avons tous péché – et je parle ici en tant qu'enseignant – par volonté de vouloir guérir et pas suffisamment de prévenir les maladies. Mais aujourd'hui, il faut tempérer ce jugement. Dans chaque spécialité, les responsables de l'enseignement et de la recherche intègrent la prévention. Dans chaque spécialité je crois qu'on peut parler, aujourd'hui, d'un volet prévention. Enseignements, colloques, séminaires, documents se multiplient.

Dans le domaine qui est le mien, la pathologie orthopédique de l'enfant, tout un pan de notre action concerne le dépistage et la prévention vis-à-vis d'un certain nombre d'anomalies. Nous nous adressons aux familles, nous les invitons à être vigilantes sur telle ou telle conduite. Je crois que notre but est de retrouver un juste équilibre entre une médecine qui soigne les maladies et une médecine qui agit en amont des maladies, pour les prévenir, en s'appuyant d'ailleurs sur les découvertes génétiques. Certes, plus les découvertes médicales s'accroissent et plus nous donnons au public l'impression que le risque zéro est pour demain. Nous nous trouvons dans une situation qui peut laisser croire qu'à terme, si toutes les précautions nécessaires sont prises, nous arriverons à la quintessence de la définition de la santé, c'est-à-dire au bien-être physique, mental et social. N'est-ce pas aller trop loin ?

L'objectif de la bonne santé

Nous savons que nous sommes dans un monde plein d'imperfections, que de nombreuses incertitudes demeurent, que des événements nous échappent. J'en veux pour preuve l'épidémie de sida, celle que l'on appelle communément l'épidémie de la vache folle, ou les nouvelles résistances aux antibiotiques. Il faut donc être prudent et ne pas donner l'impression que les mesures de prévention vont permettre d'atteindre, en un certain nombre d'années, cet état de santé défini par l'OMS. Ni que l'utilisation de plus en plus fréquente de techniques de

plus en plus sophistiquées va transformer la vie. Ce qui transforme la vie d'un individu, c'est lui-même, en fonction des conseils qu'il aura reçus de son médecin, en changeant ses comportements. Bien entendu, le problème est autre si cet individu est porteur d'une maladie. Mais s'il est porteur d'un "malaise", ce n'est pas forcément la technique qui l'aidera. Ce peut être un échange avec son médecin, une rencontre, intime occasion de déposer ses symptômes auprès du médecin et de s'en débarrasser. Au médecin de les recevoir, de les analyser et de donner une réponse. Cela dit, la définition constitue un objectif, et il serait paradoxal que les médecins ne contribuent pas à la réalisation d'un objectif dont le terme est la bonne santé ! C'est l'objectif même de la médecine ! Mais autant savoir tout de suite que tout ne sera pas possible. Le bien-être, c'est une définition personnelle, qui correspond à l'état de santé de chaque individu.

Sciences de la Société

N° 38 - Mai 1996

POUVOIR ET DYNAMIQUE DES ORGANISATIONS

(1) État des lieux et des savoirs

François Morin, *Présentation*

Yves Dupuy, Bernard Maris, *Le pouvoir et le marché*

Sylvie Biarez, *Pouvoirs et organisations locales. Vers un nouveau paradigme politique*

Paul Bouvier-Patron, *Pouvoir et/ou taille de la firme. Quelle dimension pertinente pour analyser les relations inter-entreprises ?*

Michel Crozier (entretien avec), *Le sociologue et le pouvoir*

Jacques Walter, *Pouvoir, régulation du secret et espace public*
Le cas des journalistes et des magistrats

Jacques Pierre, *"Liberté surveillée" de l'acteur et jeux de pouvoir*

Jean-Michel Plane, *Pouvoir interactif des intervenants en management stratégique*

Lucien Lavorel, *Jeux de pouvoir, stratégies et repositionnements. Le cas de l'aéronautique marchande*

William Genieys, Jean Joana, *Un Janus notabiliaire : Yves Piétrasanta*

Claude Jameux, *Pouvoir et décision, politique et stratégie*

Chronique

Tamás Szmezsanyi, *Pour une histoire économique des sciences et techniques.*

(2) *La professionnalisation de la recherche au XIX^e siècle*

Notes de lecture

Colloques et congrès

Conditions de vente

Prix au numéro : 100 F + port (15 F + 5 F par numéro supplémentaire)

Abonnement :

étudiants : 230 F (port inclus)

particuliers : 290 F "

institutions : 320 F "

étranger (hors CEE) : 360 F

de soutien : 500 F (à partir de)

Commandes et règlement à adresser à :

PRESSES UNIVERSITAIRES DU MIRAIL

56, rue du Taur - 31000 Toulouse

Tél. : (33) 61 22 58 31 - Fax : (33) 61 21 84 20

RÉCONCILIER INTÉRÊT COLLECTIF

ET INTÉRÊT INDIVIDUEL

Association sans but lucratif, l'Institut Régional pour la Santé (IRSA) a été fondé en 1968 pour promouvoir la médecine préventive. Comme les autres Centres d'examens de santé, il assure, aujourd'hui, dans le cadre des dispositions de l'arrêté du 20 juillet 1992, différentes missions : l'examen périodique de santé offert à tout assuré et à ses ayants droits par le régime d'assurance maladie. Des catégories sociales sont clairement désignées comme "prioritaires" par le texte de l'arrêté. En outre, depuis trois ans, un ciblage tout particulier a été mis en œuvre en direction des populations en situation de précarité. Autres missions : la participation aux campagnes de dépistage, d'information et d'éducation sanitaire définies par la CNAM ; la collecte de données épidémiologiques et la réalisation de programmes de recherche.

Dirigé depuis 1973 par le Docteur Jean Tichet, l'IRSA mène avec efficacité, mais non sans difficultés, ces différentes activités. En 1994, 80 222 personnes ont bénéficié d'un examen périodique de santé.

Entre autres travaux, l'IRSA a piloté l'enquête nationale sur la séro prévalence de l'hépatite C financée par le Réseau National de Santé publique et, en partenariat avec plusieurs équipes de l'INSERM et de l'Université, lancé l'enquête prospective DESIR sur le syndrome d'Insulino-Résistance.

*Jean TICHET est médecin,
Directeur de l'Institut Régional pour la Santé
45, rue Parmentière - B.P. 122 - 37521 La Riche*

Enfin l'équipe scientifique de l'IRSA a co-signé plusieurs contributions originales de haut niveau dans la presse médicale internationale, dans le cadre de sa mission de recueil de données épidémiologiques¹.

L'examen périodique de santé, désormais modulé selon l'âge, le sexe et l'état de santé de son bénéficiaire, comprend : de la biologie (sang, urine, frottis si nécessaire, recherche de sang occulte dans les selles après 50 ans), des examens biométriques simples (taille, poids, pression artérielle, tours des tailles et des hanches), des examens paracliniques (vision, audition, électrocardiogramme, spirométrie) et un examen clinique approfondi (30 à 50 minutes) intégrant notamment une étude des comportements (alimentation, alcool, tabac, activités physiques etc.), ainsi qu'un questionnement sur l'état de santé ressenti et le recours aux soins (dont la consommation de médicaments). Au-delà des signes d'examen et des dépistages, l'éducation à la santé personnalisée constitue le temps fort terminal de l'entretien médical de synthèse.

Dans un document distribué aux personnes susceptibles de pouvoir bénéficier de cet examen, l'équipe médicale de l'IRSA précise : *"La santé est notre bien le plus précieux. Garder la forme est notre souhait le plus cher. Pourtant, autour de nous, nombreux sont ceux qui n'y prêtent vraiment attention qu'à la première alerte sérieuse. Prendre sa santé en main est possible à condition d'intégrer, dans ses habitudes de vie, des actes de prévention élémentaires : alimentation équilibrée, consommation modérée de tabac et d'alcool, activité régulière tant physique qu'intellectuelle, pratique d'une surveillance périodique de son corps, consultation régulière d'un médecin, etc. Cette hygiène de vie vous est-elle personnellement familière ? L'examen de Médecine Préventive permettra d'inclure, dans une démarche responsable, l'évaluation des différents facteurs de risque de maladies chroniques qui, de façon insidieuse, entraînent des perturbations de la santé. (...) Ces informations personnalisées vous permettront d'agir sur votre santé, seul ou, mieux, avec l'aide de votre médecin qui recevra vos résultats si vous le souhaitez. (...) Profitez de cet examen pour mieux connaître et apprendre à gérer votre capital santé"*.

"La santé, notre bien le plus précieux"... "Prendre sa santé en main"... "Gérer votre capital santé". Nous avons demandé au Docteur Jean Tichet de nous expliquer ce que c'était donc, pour lui, la santé.

Quel cheminement vous a conduit à prendre la direction de l'IRSA ?

Des études de médecine à Paris, orientées, *a priori*, vers la médecine générale. Le hasard me fait rencontrer un (mon) patron, le Professeur Henri Lestradet et, avec lui, le diabète, dans sa dimension pathologique mais aussi dans sa dimension sociale au travers des maisons de vacances pour enfants diabétiques, où je vais exercer pendant une douzaine d'étés. Je prépare ma thèse dans son laboratoire, et y côtoie la recherche appliquée.

Cette rencontre transforme mes hypothèses de départ. Rentré comme stagiaire dans le laboratoire en octobre 1967, j'alterne l'initiation à la recherche clinique avec des vacations en dispensaire et des remplacements le week-end.

Je vis mai 68 à Paris.

Avec la mise en place de la loi Edgard Faure et l'éclatement de la Faculté de Médecine de Paris en plusieurs facultés, je me retrouve élu comme représentant des "étudiants de 3^e cycle et stagiaires de recherche" dans le conseil d'UER de Lariboisière-Saint Louis pendant quelques mois. Il me reste de cette époque

joyeuse, des flots de souvenirs qui n'ont évidemment pas leur place ici. On avait l'impression, et plus sûrement l'envie, de vivre des moments historiques. Une convivialité nouvelle, non exempte d'opportunisme, avait cours entre enseignants et étudiants, mais aussi avec les autres personnels de l'hôpital. C'était surtout le temps du verbe tout puissant : que de définitions lapidaires de la santé, par exemple, n'aurions-nous pas su graver aux frontons éphémères de nos illusions !

En 1973, je quitte l'Inserm où je suis devenu attaché de recherche pour prendre la direction médicale de l'IRSA. J'ai trente ans, l'envie de fuir Paris. Peut-être aussi n'ai-je pas une véritable vocation de chercheur ?

Le décès accidentel du Directeur administratif de l'IRSA quelques jours avant mon arrivée officielle fait que je dois assurer désormais la Direction générale, découvrir avec effroi puis avec gourmandise le monde de la gestion et de l'économie de la santé. Ma perception ultérieure de la santé en sera incontestablement marquée.

Quelle est, à ce moment, votre définition de la santé ?

J'arrive à l'IRSA avec, en tête, deux idées

La première, c'est qu'il existe un hiatus entre les bases théoriques de la santé considérée comme un ensemble de phénomènes physiologiques et l'usage médical observable en maintes situations.

J'ai participé, dans l'équipe d'Henri Lestradet, à l'établissement de "normes" (on dirait aujourd'hui "valeurs de référence"). Qu'est-ce qu'une glycémie "normale" ? Qu'est-ce qu'une insulémie "normale" ? Une croissance normale ?... sont des questions auxquelles nous devons apporter des réponses pratiques. La relation, le passage entre la vérité statistique et la vérité pour un individu ne sont pas d'abord des questions philosophiques mais une recherche urgente et permanente de cohérence entre deux discours destinés, le premier à la Santé publique, le second à l'individu qui est devant moi, souvent malade. En d'autres termes, nous devons apprendre à comparer deux individus entre eux, ou un même individu à travers l'espace et le temps.

La seconde idée qui m'anime, à mon arrivée à l'IRSA est que la fonction sociale du médecin est d'enseigner autant que de soigner. Enseigner la santé pour n'avoir à soigner que plus rarement, plus tard et mieux.

A l'"Aide aux jeunes diabétiques", nous aimons à nous définir comme l'École du diabète. Par paraphrase, je dirais volontiers que la prévention, c'est l'école de la santé. De l'une à l'autre école, je n'ai pas eu l'impression de changer de démarche ; j'ai seulement changé de collègue et d'auditoire.

Vous avez avancé, sur ce plan ?

Aujourd'hui, les centres d'examen de santé travaillent à la mise au point de référentiels communs. Unifier nos pratiques, s'imposer une autodiscipline, codifier dans des fiches techniques ce qui peut l'être. Nous nous sommes attelés à un véritable travail collectif de santé publique. Il s'agit d'un travail lourd et d'ailleurs contestable, car toujours perfectible. Nous œuvrons, en effet, dans des domaines évolutifs, où nos choix d'aujourd'hui influenceront la vérité de demain.

Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire, ce qu'il faut dire dans un centre de prévention institutionnalisé, sis au cœur d'un pays où le haut niveau de vie moyen

cohabite sans vergogne avec l'exclusion et la détresse sociale, c'est notre champ d'action et de réflexion.

J'aimerais souligner deux aspects – non exhaustifs – de cette évolution des centres d'examens de santé.

Améliorer l'outil technique : chaque mesure, chaque test n'est acceptable, dans une démarche de santé publique, que s'il est suffisamment maîtrisé sur le plan analytique, sur le plan de l'expression de son résultat, de ses variations physiologiques ou physiopathologiques, cette maîtrise peut être suffisante pour suivre un malade et ne pas l'être pour suivre une population.

Des protocoles de validation (et donc, implicitement, d'invalidation) sont donc mis en œuvre, avec les méthodes exigeantes de l'épidémiologie. Pour certains, il s'agit d'une véritable mutation professionnelle et intellectuelle. Tant mieux. Puisse un semblable souci de rigueur et une telle remise en cause, envahir tous les champs de la médecine. La santé, notre sujet, y trouverait son compte, toutes définitions confondues.

Travailler en réseaux. Les centres d'examens de santé communiquent entre eux et fonctionnent sur ce modèle.

Mais surtout, les objectifs de renforcement de leur ciblage en direction des populations dites en situation de précarité les ont amenés à tisser avec les nombreuses structures administratives et associatives locales qui se mobilisent contre l'exclusion, des liens tantôt formalisés (conventions, contrats), tantôt informels (partenariat d'affinité ou d'occasion) qui ont donné un nouveau sens à leur démarche de prévention.

Il faut savoir que désormais les populations "en précarité" représentent plus de 20 % des consultants des centres et un pourcentage plus important encore de leur activité.

Au travers de cet effort conséquent, c'est la volonté de donner à la santé un rôle moteur dans la réinsertion sociale : la santé, c'est aussi une des conditions de l'égalité. Les résultats engrangés nous prouvent que, cause ou conséquence – le sens de la flèche est souvent indiscernable quand il n'est pas double – la détresse sociale va toujours de pair avec le risque sanitaire et la maladie.

Aujourd'hui, comment définissez-vous la santé ?

La santé est un concept que je ne parviens pas à ramener à une définition. Ma richesse c'est justement de pouvoir user de multiples définitions. Je vois successivement trois patients en consultation, j'aurai pour chacun une définition différente et, pourquoi pas, trois explications différentes du mode d'action du même médicament. Tout sera à la fois juste et un peu faux. L'important c'est de faire progresser l'individu et non pas de lui asséner une vérité qui existerait indépendamment de lui. La définition c'est donc d'abord un outil de communication qu'on jugera à ses fruits. Il y a des définitions qu'on utilise souvent, celles qu'on invente pour un "usage unique" puis que l'on jette, celles qu'on emprunte pour les critiquer et qui ne sont pas les moins utiles...

A ce stade de notre conversation, j'aimerais m'abriter un moment derrière des auteurs dont l'approche de la santé me convient :

D'abord Georges Canguilhem, qui nous a quittés il y a quelques mois. La lecture de son ouvrage "le normal et le pathologique" a été un choc bienheureux que

j'ai reçu tardivement au début des années 1970 et que j'ai sincèrement reproché à la faculté de n'avoir pas provoqué plutôt. Je me ferai violence en n'en citant que deux extraits :

La santé, c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu.

Et ces dernières lignes, relues cent fois et plus : *Nous disons que l'homme sain ne devient pas malade en tant que sain. Aucun homme sain ne devient malade, car il n'est malade qu'autant que sa santé l'abandonne et en cela il n'est pas sain. L'homme dit sain n'est donc pas sain. La santé est un équilibre qu'il rachète sur des ruptures inchoatives. La menace de la maladie est un des constituants de la santé".*

Ensuite Henri Péquignot qui écrivait en 1985, dans un article hommage au même Canguihem : *"Loin d'être la référence d'où l'on déduirait le pathologique, loin d'être un existant réel que l'on croyait constater parfois... la santé était autre chose : elle était une visée, un but, jamais mieux précisé que lorsqu'on y revient après un écart."*

Enfin, ce texte si connu d'Eluard : *"Sur la santé revenue... Sur le risque disparu... J'écris ton nom : Liberté"*.

S'il me fallait donc élaborer une définition de la santé, elle comprendrait certainement ce triple patronage : le philosophe, le médecin et le poète et ce triple objet dynamique : permettre la tolérance du milieu, offrir un but, même imprécis, servir la liberté des hommes.

La santé, pour vous, ce n'est donc pas seulement un catalogue de paramètres ?

Evidemment non ! Ce catalogue, il existe. Il peut être amélioré. Mais il n'est qu'une matière inerte à transformer, à intégrer dans des projets individuels et un projet collectif. J'ai appris de ma pratique diabétologique que le patient peut devenir son propre thérapeute. Le médecin l'instruit, puis l'accompagne, le conseille et balise sa route des contrôles utiles. Il est d'autant plus heureux qu'il a moins à intervenir comme soignant.

Peut-on adapter ce schéma à chaque individu et pour toute une population ? La santé, ça s'apprend quelque part : la famille, l'école, le cabinet médical etc. La santé, ça se surveille : chez soi, au travail, chez le médecin... Voir dans un centre de médecine préventive. La santé, ça n'est pas l'immortalité : ça s'inscrit dans le temps et ça s'use, même si on ne s'en sert pas !

L'allongement considérable de l'espérance de vie à la naissance est évidemment à porter à l'actif de notre société, mais le qualitatif a-t-il suivi le quantitatif autant que faire se pouvait ?

Si la santé consiste à maîtriser son destin physiologique, psychique et social, on peut porter un jugement sévère sur le jeu des pouvoirs qui menacent cette maîtrise à chaque carrefour : poids des lobbies dans la politique de santé et de l'offre de soins, délire informatif de certains média dont on aimerait qu'une déontologie autogérée mais forte et éclairée nous évite de rêver parfois d'une censure évidemment pire que le mal qu'elle aurait à combattre, inégalités enfin d'accès à la connaissance, à la prévention, aux soins puis à l'accompagnement final.

L'accroissement des dépenses liées à la maladie est peut-être en passe de contraindre, *volens nolens*, les acteurs de la santé publique à rationaliser ce secteur marchand non régulé avec plus de détermination. C'est un moment favorable pour porter sur la place publique le débat sur la santé, avec une définition exigeante et des propositions courageuses. J'aime à penser la santé en deux

expressions non contradictoires. D'une part, la santé individuelle, celle à laquelle m'accroche à la fois ma propre existence et la formation médicale dispensée à la faculté, et, d'autre part, la santé publique, approche moins spontanée, plus rationnelle, entretenant des relations conflictuelles avec l'autre, dont elle est amenée à contester la courte vue et les dérapages économiques structurels.

L'indispensable compromis entre ces deux regards sur la santé imposera aux médecins d'intégrer l'économie dans leur éthique professionnelle à un degré que la majorité d'entre eux refuse encore, et aux technocrates trop souvent retranchés dans la sécurité des chiffres, même mauvais, d'ouvrir l'œil et le cœur sur l'humain pour comprendre, au moins autant que pour céder.

Pour avoir assuré cette tension permanente entre le souhaitable médical et le possible économique au sein du microcosme IRSA, je témoigne, ici, de la difficulté et de l'insatisfaction qui en naissent. Pourtant les résultats dépassent souvent le possible entrevu.

Croyez-vous en l'utilité d'une définition ?

Oui ! Pour l'effort de construction qu'elle impose à ses rédacteurs. Non ! Si elle dispense ses lecteurs de réfléchir par eux-mêmes.

Oui ! Comme outil dialectique pour préparer l'action. Non ! Si elle gèle dans sa contemplation satisfaite ceux qui ont en charge la décision.

Nécessaires, toujours réductrices, volontiers polémiques, les "grandes" définitions ne doivent pas nous détourner d'autres définitions, celle donnée par un chômeur de longue durée pour qui la santé c'est "retrouver du boulot" ou par une jeune mère en galère pour qui la santé c'est d'abord de "récupérer ses gosses à la DDASS".

Une définition, c'est fait pour s'en échapper, comme un navire quitte le quai, vers le large, son destin.

Par analogie avec cette image maritime, le mot "bien-être" que développe la définition de l'OMS, au demeurant intéressante, facile à comprendre et donc à utiliser, évoque pour moi une image un peu trop statique pour traduire ma quête de la Santé. L'idée d'une démarche – individuelle et collective – volontaire et urgente car inscrite dans le temps qui fuit, me colle à la vie.

Note (contributions de l'IRSA)

- I C. Lévy-Marchal, F. Dubois, M. Noël, J. Tichet, P. Czernichow, Immunogenetic Determinants and Prediction of IDDM in French Schoolchildren, *Diabetes*, vol. 44, septembre 1995.
- Y. Mauras, A. Le Bouil, P. Allain, N. Mariotte, J. Tichet, E. Autret, Etude de la plombémie dans une population de 616 sujets des régions Centre et Pays de Loire, *La Presse Médicale*, 18 novembre 1995 ; 24, n°35.
- C. Bourderioux, E. Caces, S. Vol, H. Le Clésiau, J. Tichet, Dépistage systématique de la syphilis dans 7 centres d'exams de santé en 1993, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 47, 1995, 21 novembre 1995.
- J.-C. Pineau, S. Vol, J. Tichet, Modélisation et standardisation de la corpulence chez les Français âgés de 18 à 59 ans, *C.R. Acad. Sci. Paris, Sciences de la Vie*, 1995 ; 318 : 709-714.
- C. Calvet, I. Rebière, F. Dubois, S. Vol, J. Tichet, Couverture vaccinale et séroprotection vis-à-vis de la rubéole chez les élèves de 6^e d'Indre-et-Loire, année scolaire 1993-1994, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 13, 1996, 26 mars 1996.

UNE APPROCHE DÉMOGRAPHIQUE

DE LA NOTION DE SANTÉ

La définition de la santé proposée autrefois par l'OMS restait un idéal sans portée. Si le concept est universel, sa généralisation ne peut être que théorique et n'a pas de prise sur la réalité.

L'approche démographique est d'une autre nature, passant de l'individu à la population. Elle se traduit, à l'échelle d'une population, par des indicateurs de santé, quantitatifs ou qualitatifs. Le concept se réfère-t-il seulement à l'état ou niveau de santé, mais aussi aux conditions de santé ? N'est-il pas implicitement lié à une pratique, en objectifs de réduction d'inégalités, de risques, et plus généralement à une politique de santé, à travers un système de santé ?

Une base empirique

Le caractère non statique mais évolutif d'un tel système peut être illustré par le cas des pays d'Afrique sub-saharienne. Si le principal trait commun à cette région est la température moyenne, les autres caractéristiques, physiques, humaines, présentent la plus large diversité. Dans l'Ouest africain, une coupe transversale Nord-Sud passe de la sécheresse extrême du Sahara à l'humidité saturée de la forêt dense. Ces climats créent des contrastes dans les types de production alimentaire, et par conséquent des variations importantes dans les

*Pierre CANTRELLE, Docteur en Médecine et Démographie,
a effectué des études et enquêtes démo-épidémiologiques, principalement
en Afrique sub-saharienne. Auparavant Directeur de Recherches à l'ORSTOM,
il collabore avec l'Institut Santé et Développement (Paris VI) et l'UNICEF.
175, rue des Amandiers, 34980 Saint-Clément-de-Rivière - Tél./Fax : 67 84 87 79*

carences nutritionnelles. Mais aussi dans la diffusion des agents infectieux et de leurs vecteurs. Quant au milieu humain, il y a moins de différence en Europe entre un Lapon et un Sicilien, qu'entre un Peul et un Mossi du Burkina. Par exemple, dans les valeurs extrêmes de coefficient de consanguinité : mariages préférentiels entre cousins germains chez les premiers, interdiction jusqu'à un degré éloigné chez les seconds. Cependant, une caractéristique générale à l'Afrique Sub-Saharienne est que la mortalité de l'enfance y est la plus élevée du monde. C'est un indicateur essentiel du niveau de santé d'une population. Les politiques de santé ont évolué pour tenter d'y faire face.

La médecine traditionnelle fait partie d'une culture et ses représentants sont une composante du tissu social. Au Sénégal, par exemple, dans les années 60, on comptait en moyenne un tradi-praticien pour 250 habitants. La médecine moderne s'est juxtaposée à la médecine traditionnelle. L'intégration plus ou moins profonde des deux rationalités, traditionnelle et moderne, détermine l'itinéraire thérapeutique des malades et ses conséquences sur l'issue de leur maladie. En milieu rural jusqu'à ces dernières années, la médecine traditionnelle était dominante en raison des carences de la médecine moderne. Les moyens de la médecine traditionnelle sont-ils suffisamment puissants et efficaces pour abaisser la mortalité ? Certaines pratiques sont bénéfiques, d'autres au contraire sont nocives. Si elles peuvent aider à mieux vivre, les niveaux de mortalité atteints démontrent, aujourd'hui comme autrefois, qu'elle n'a pu faire face aux principales causes de mortalité, et en particulier celles qui touchent les enfants.

Le service de santé colonial, importé au XIX^e siècle, avait pour rôle principal d'assurer les soins à la population des postes créés par l'administration. Mais des endémies entraînaient un lourd handicap dans certaines régions, telles que : la maladie du sommeil ou trypanosomiase, qui dépeuplait de larges zones, en Afrique centrale, ainsi qu'au Burkina et au Mali ; des épidémies meurtrières de méningite dans les pays sahélo-soudaniens ; l'onchocercose se développant dans des vallées du Burkina ou de l'Est du Sénégal, et qui, conduisant à la cécité, contraignait la population à quitter des terres fertiles ; la lèpre. Or, il fallait répondre aux besoins de main d'œuvre, "faire de l'homme". La lutte fut organisée avec des équipes mobiles, d'un niveau de technicité plus élevé. Historiquement, cette forme d'action a été déterminante, en particulier elle a fait disparaître la maladie du sommeil. Mais le rôle des équipes mobiles est resté limité à ces affections. La dualité des postes fixes et des équipes mobiles du Service des grandes endémies se maintiendra jusque dans les années 1980.

La santé dans les plans de développement

Nombre de pays d'Afrique Sub-Saharienne se dotent de plans de développement à partir des années 1960, à l'aube de l'indépendance politique. Des éléments d'une politique de santé y sont inscrits. Les plans successifs ont répété les principes et les trois options définies dès le premier plan : priorité au milieu rural sur l'urbain, à la médecine de masse sur la médecine individuelle, à la médecine préventive sur la médecine curative et aux tâches éducatives afin de "rompre le cercle vicieux de l'ignorance-misère-maladie". Les priorités en matière de santé publique sont rappelées : assurer "le droit à la santé de chaque citoyen".

En fait, le plus souvent les réalisations contredisent l'annonce, comme l'exprime le rapporteur du 4^e Plan du Sénégal (1973-1977) "*Si à première vue, la densité de*

l'infrastructure sanitaire paraît satisfaisante, il semble que les moyens de la rendre efficace diminuent, notamment les moyens matériels. De surcroît, l'allocation des ressources se fait de plus en plus en faveur des hôpitaux, aussi bien en ce qui concerne le personnel que les médicaments, les services de santé de base et les services de prévention reçoivent un part décroissante de médicaments et de matériels”.

De plus, des disparités régionales demeurent dans l'allocation des ressources comme dans celles du personnel. Si le nombre de médecins est passé de 192 en 1966 à 307 en 1976, 73 % résident dans la capitale, laquelle absorbe 45 % du budget santé du pays.

La part du budget national consacrée à la santé, traduisant aussi la politique de santé, est passée au Sénégal, de plus de 9 % en 1960 et 1970 à 6 % en 1978 et 5 % en 1989. L'évolution a été la même dans nombre de pays africains. Il est vrai que cette baisse est compensée en partie par la prise en charge par les ménages de l'achat de médicaments, et par les ONG. Pour la consommation globale de médicaments au Sénégal, la part du secteur public est passé de 60 % en 1964 à 25 % en 1978.

L'évolution du système moderne de santé

Dans les années 1960, les postes de santé n'attiraient en général qu'une faible proportion de la population. Au Sénégal par exemple, un centre de santé doté d'un seul médecin pour plus de 100.000 habitants ; un dispensaire supposé subvenir aux besoins de santé avec un seul infirmier pour plus de 10.000 habitants, personnel souvent de formation rudimentaire, ne disposant que de quelques médicaments en quantité très limitée... telle était l'image de la médecine moderne en milieu rural.

D'après les relevés du domicile des consultants effectués en 1965 au dispensaire d'un chef-lieu d'arrondissement, supposé couvrir une population de 20.000 habitants, on a calculé que 50 % de l'activité de ce dispensaire servait aux 2.000 habitants du village, 35 % aux 8.000 habitants des environs proches et seulement 15 % aux 10.000 habitants des environs éloignés, jusqu'à une dizaine de kilomètres. Mais si la couverture médicale se différenciait en fonction de la distance, l'efficacité ne semblait pas se traduire sur la mortalité : la différence entre la mortalité des deux villages de l'arrondissement disposant d'un dispensaire et celle du reste de l'arrondissement n'était pas significative.

Les seules interventions médicales de portée générale en milieu rural étaient celles du Service des grandes endémies, indiquées plus haut, consistant en campagnes de protection – lèpre et trypanosomiase – et de vaccination – variole, fièvre jaune, puis rougeole et parfois BCG – et dans certains secteurs touchés des campagnes en cas d'épidémies de méningite ou contre l'onchocercose.

A ces carences en équipement et personnel médical, il faut ajouter l'absence de contrôle de l'eau et des vecteurs. Avec ce système de santé rurale, le niveau de mortalité – en particulier celui des enfants – ne s'est abaissé que lentement. C'est pourquoi de nouvelles formes d'action ont été tentées.

Les soins de santé primaires

En 1978, la déclaration d'Alma Ata sur “la santé pour tous en l'an 2000” par la stratégie des Soins de Santé Primaires, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, a

eu un écho considérable auprès des responsables de la santé. En fait, nombre de médecins et autres agents des services de prospection, de prévention et de médecine mobile, ont considéré qu'ils appliquaient cette stratégie depuis longtemps, avant la lettre, mais que son affirmation ne pouvait que renforcer leur position dans la politique de santé du pays. Et pourtant, la stratégie avancée dépassait de loin la pratique qu'ils avaient jusqu'alors.

En effet, sa conception est radicalement différente, car c'est la population elle-même qui assurerait la responsabilité de santé. L'un des moyens est le choix par la population d'un ressortissant du village comme "agent de santé communautaire" auquel est donnée une formation élémentaire et qui assure la liaison avec les autres structures du système de santé. A la structure pyramidale existante : hôpitaux régionaux, centres de santé sous la responsabilité d'un médecin chef départemental, postes de santé des communautés rurales, sous la responsabilité d'un infirmier (à quoi se joignent les dispensaires privés dont le rôle est important) ont été ajoutées les cases de santé, correspondant aux agents de santé communautaires.

La stratégie des soins de santé primaires (SSP) est novatrice, devant assurer une couverture totale de la population, sa participation effective pour un ensemble d'activités. Celle-ci sont résumées en huit composantes :

- Actions médicales directes, préventives et curatives :
 - Programme élargi de vaccination (PEV)
 - Santé maternelle et infantile incluant la planification familiale
 - Prévention et contrôle des endémies locales
 - Fourniture de médicaments essentiels
 - Traitement des maladies et lésions courantes
- Actions sur les conditions de santé :
 - Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
 - Approvisionnement en eau saine
 - Education pour la santé.

En fait, le concept des SSP est le plus souvent devenu un slogan incantatoire, un alibi permettant de différer la mise en œuvre des déclarations faites dans les plans nationaux de développement. Les carences du système demeuraient : insuffisance des dépenses nationales de santé, gaspillage des ressources et inefficacité, enfin gestion médiocre et aménagements institutionnels inopérants.

Devant les difficultés de mise en pratique, l'UNICEF conçoit en 1982 un programme plus opérationnel, sélectionnant six objectifs. Il est désigné GOBI FF, d'après les acronymes des objectifs ("Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding, Immunization, Food, Family planning"). Mais toutes les composantes ne pouvaient être promues simultanément. Le Programme Élargi de Vaccination (PEV), à effet plus immédiat, est le plus avancé.

L'Initiative de Bamako

Parallèlement, il était apparu que la participation des communautés au financement des centres de santé pouvait générer des ressources suffisantes pour couvrir les coûts de fonctionnement des unités de santé de base. Aussi, les Ministres africains de la santé, réunis en 1987 à Bamako, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, ont-ils décidé une réforme de la politique de santé, appelée "l'Initiative de Bamako"¹.

On considère quatre éléments clefs du processus :

- La revitalisation et l'extension des services de santé au niveau périphérique
- Une politique des médicaments génériques essentiels, pour assurer l'accessibilité à des médicaments de qualité à des prix abordables
- Le partage des coûts de fonctionnement par le financement communautaire ou recouvrement des coûts
- Le contrôle communautaire.

Fin 1994, l'initiative avait été appliquée dans 33 pays dont 28 situés en Afrique Sub-Saharienne. Les leçons de l'expérience commencent à "confirmer le bien-fondé des principes qui la fondèrent".

Des indicateurs de l'état de santé

Comment l'évolution du système et de la politique de santé s'est-elle traduite sur le niveau de santé ? On indiquera d'abord quels sont les indicateurs, puis les données disponibles.

Les données de mortalité sont les plus faciles à collecter et à interpréter. Les indicateurs basés sur ces données sont donc les premiers éléments d'appréciation de l'état de santé d'une population. A la notion apparemment négative que suggère ce genre d'indicateur par rapport à la santé correspond cependant le complément positif dans les termes comme espérance de vie ou taux de survie. L'autre catégorie d'indicateurs, la morbidité, faisant référence à un état de maladie, ajoute à la mesure objective, par diagnostic ou examen de santé standardisé, une appréciation subjective avec les termes de "morbidité ressentie".

La sensibilité des divers indicateurs de mortalité est variable, comme le montre l'amplitude des différences d'un pays à l'autre dans le monde actuel, par exemple :

- Taux brut de mortalité (tous âges) : variations de 1 à 2.5
- Taux de mortalité infantile (moins d'un an) : variations de 1 à 30
- Taux de mortalité juvénile (1 - 4 ans) : variations de 1 à 100
- Taux de mortalité maternelle : variations de 1 à 200

La disponibilité des données

A partir du système d'état civil, on dispose de données sur la mortalité chaque année depuis le milieu du XIX^e siècle pour la plupart des pays européens, et même depuis le milieu du XVII^e siècle en France avec les registres paroissiaux, dont l'exploitation, depuis 1950 environ, a fondé la démographie historique.

En cette fin du XX^e siècle, en Afrique continentale, le système d'état civil n'est complet dans aucun pays. Il n'a été établi de façon complète que dans quelques rares centres ; c'est le cas des quatre communes du Sénégal, à partir de 1916, Saint-Louis, Gorée, Dakar et Rufisque. Autre exception, à Madagascar où l'existence d'un Etat organisé en Imérina est ancienne, un arrêté de la reine Ranaivonana II en 1878 a rendu obligatoires les déclarations à l'état civil ; les habitudes d'enregistrement persistent actuellement, de sorte qu'une exploitation récente des registres de décès de la capitale a permis d'apprécier l'évolution du niveau de santé.

Pendant l'époque coloniale, les indicateurs de niveau de santé se limitaient au nombre de cas et de décès en hôpital ou bien relevés lors des tournées de prospection. Ils n'ont pas de valeur représentative de l'ensemble d'une population. La situation commencera à changer avec la création des services statistiques dans les années 1950. En raison des carences du système d'état civil, on a eu recours à des enquêtes : soit des enquêtes par sondage au niveau de l'ensemble d'un pays ou d'une partie, soit enquêtes ponctuelles, apportant des séries chronologiques, de même que les registres d'état civil de quelques villes.

Si une tendance peut être estimée à une échelle sous-régionale, seule une minorité de pays dispose d'indicateurs certaines années. Par exemple en 1994, des données nationales sur la fécondité et la mortalité n'ont été obtenues par une enquête par sondage que dans quatre pays d'Afrique tropicale : Côte d'Ivoire, RCA, Tanzanie et Zimbabwe. Encore ne s'agit-il dans ces enquêtes que de la mortalité infanto-juvénile.

Cependant des annuaires internationaux publient des estimations chaque année pour chaque pays. Ces estimations sont calculées par extrapolation, sur la base d'hypothèses qui peuvent s'éloigner considérablement de la réalité, jusqu'à ce qu'une nouvelle enquête permette de rectifier l'estimation. Parfois même, lorsque rien n'est disponible, l'estimation est faite par la moyenne des pays voisins. Par exemple, au Niger, la dernière enquête nationale, avant celle de 1992, remontait à 1960 ; la différence entre le chiffre estimé et la mesure de la mortalité infanto-juvénile (de 0 à 5 ans) dépasse 30 %. La publication annuelle de tels chiffres pour chaque pays crée l'illusion chez les utilisateurs non avertis et le chiffre donné pour l'année peut être trompeur.

Perception et objectivité des niveaux de santé

Au début de l'époque coloniale, les colons éprouvaient par eux-mêmes les contraintes du milieu tropical, sous la forme d'épidémies meurtrières comme celle de la fièvre jaune, ou bien d'endémies comme celle du paludisme dont la complication de "bilieuse" était aussi classique que redoutée. Parmi les populations africaines, ils constataient les effets dévastateurs d'autres endémies, comme la maladie du sommeil, ou d'épidémies comme la méningite, car les effets s'en faisaient ressentir sur les réservoirs de main d'œuvre rurale.

Lorsque les premières mesures de mortalité ont été faites, entre 1954 et 1964, la comparaison avec l'Europe du XVIII^e siècle a créé une première surprise, à savoir que la structure de la mortalité de l'enfance (0 - 5 ans), était très différente, faisant émerger l'hypothèse de structure de mortalité tropicale. Les références de type européen étaient ébranlées. Constat encore plus surprenant, notamment avec les enquêtes précises au Sénégal, en milieu rural, le taux de mortalité des enfants (1-4 ans), était aux environs de 100 pour mille, soit le double de la France deux siècles auparavant. Au XVIII^e siècle, en France, le taux était en effet de l'ordre de 50 pour mille (1 pour mille vers 1960), alors que la variole y faisait des ravages et qu'elle avait disparu depuis longtemps au Sénégal. Ces niveaux de santé étaient constatés au Sénégal, à une centaine de kilomètres d'une Faculté de Médecine moderne. Cependant un niveau équivalent a fini par être découvert dans la France des XVIII-XIX^e siècles, la région des Dombes, au Nord de Lyon². Les archives (1784) révèlent les impressions des habitants, lesquels ont fortement conscience des mauvaises conditions de santé, parlant d'un village qui "placé dans une plaine et entouré d'étangs respire un air des plus

infects. Ses habitants sont attaqués de la fièvre une bonne partie de l'année, la plupart périt avant le terme ordinaire de la vie". Un autre texte (1808) dresse un triste portrait de l'habitant des Dombes, ajoutant "La santé est pour lui un bien inconnu". A niveau objectif de santé équivalent, ce n'était pas l'impression qui prévalait chez les responsables de la santé dans l'exemple cité du Sénégal rural.

A la même époque, au Sénégal, l'accent était mis sur la santé précaire dans la capitale, évoquée par le terme de "bidonville", alors que le taux de mortalité des enfants (1-4 ans), 20 pour mille, y était cinq fois moins élevé qu'en milieu rural, indiqué plus haut. Toujours au Sénégal, l'enquête de 1970 avait montré pour la région de Casamance une mortalité plus élevée que dans les autres régions, résultat confirmé en 1978 et en 1986. Mais cette constatation de différences objectives d'état de santé n'a pas entraîné d'orientation particulière de la politique de santé, ni même une recherche des facteurs déterminant cette différence. La question de l'utilité d'une définition de la santé pourrait alors se poser.

Exemple plus récent, en 1996, à propos de Madagascar, un envoyé spécial de la presse française, partageant l'impression de plusieurs autres, parle "d'une capitale qui ne cesse de s'appauvrir", alors que le niveau de santé s'est amélioré de façon sensible. En effet, l'espérance de vie depuis 1984 s'est allongée de près de 20 %, la baisse de la mortalité étant encore plus notable chez les enfants de 1-4 ans : plus de 50 % en huit années³.

Perception et objectivité pour une maladie particulière

Le contraste entre perception et objectivité peut être mis aussi en évidence pour une maladie particulière. Prenons l'exemple de la rougeole. En France, autrefois sa gravité l'avait fait classer comme "maladie des taudis" ; elle est maintenant considérée comme banale en Europe et en voie de disparition grâce au vaccin.

Qu'en était-il dans les pays en développement avant la vaccination ? La population était consciente de la gravité, considérant comme un permis de survie le fait d'avoir passé le cap des maladies de l'enfance, coqueluche, diphtérie, et surtout rougeole, maladie bien identifiée par les mères.

Dans les milieux médicaux, la gravité était certes perçue par les médecins proches de la population. Dans les années 1950, les rapports des Services de santé du Burkina, rassemblant les informations des circonscriptions médicales, signalaient que "chaque année, un lourd tribut était payé à la rougeole". Mais le poids n'en était pas mesuré. En effet si les statistiques du Service de santé renseignent sur les causes de décès survenues à l'hôpital, elles ne représentent guère la mortalité du milieu rural. La maladie se passant à la maison, peu de cas étaient présentés à l'hôpital, et relativement peu de décès y survenaient, de sorte que la gravité était mal perçue au sommet de la pyramide du Service de santé.

Son importance n'a pu être mesurée que par des enquêtes démographiques, représentatives, recueillant les déclarations des familles, et se limitant à certaines causes évidentes, notamment la rougeole. Ce fut une surprise lorsque l'enquête dans la Vallée du Sénégal, en 1958, révéla que la moitié des décès des enfants âgés de 1 à 4 ans étaient causés, cette année-là, par la rougeole. Devant son importance, la réaction de certains pédiatres a été de contester le fait avec

l'argument que "si c'était vrai, ça se saurait". Mais confirmation fut apportée par l'enquête du Burkina fin 1960. La rougeole était bien le tueur numéro un. En Afrique de l'Ouest, cette maladie s'est ainsi révélée comme une cause majeure de morbidité et de mortalité. Sa gravité y était probablement plus élevée qu'elle ne l'était autrefois en Europe, en 1850. On ne connaît d'ailleurs pas la cause de cette différence. Il n'en demeure pas moins qu'actuellement l'importance et la gravité de cette maladie en Afrique avant la vaccination est souvent mise en doute dans les milieux médicaux ayant exercé sur ce continent.

Un vaccin contre la rougeole avait été mis au point à la même époque, en 1958, par Enders et Katz aux Etats-Unis. L'effet des premières campagnes a été spectaculaire, arrêtant le cours des épidémies et faisant chuter l'incidence de la maladie. Les rares données démographiques ont montré que l'action a été efficace aussi sur la mortalité apparente par rougeole. Cependant, la thèse était répandue dans les milieux médicaux que l'enfant, bien que vacciné contre la maladie, restait soumis aux mêmes facteurs de risques nutritionnels ou autres, et n'en tirerait aucun bénéfice, avec notamment une survie de l'enfant à 5 ans semblable à celles des enfants non vaccinés. Des enquêtes démographiques ont prouvé le contraire : chez les non vaccinés, la mortalité était plus élevée.

Un groupe particulier : la santé maternelle

Pour un groupe de la population, les femmes à l'âge de la fécondité, on utilise les termes de "santé de la reproduction" et plus particulièrement "santé maternelle", en raison des risques spécifiques liés à la grossesse et à l'accouchement. L'indicateur habituel est le nombre de décès maternels rapporté à 100.000 naissances. Ce taux, de l'ordre de 1.000 en Suède vers 1850, est descendu à 7. Dans les pays africains où l'on dispose de données, il varie de 300 à plus de 1.000. Ce qui veut dire dans ce dernier cas, et compte tenu du niveau de fécondité, qu'une femme sur vingt risque de décéder pendant cette période. A quel niveau se situe alors la notion de santé ?

*
* *

L'objectif "la santé pour tous en l'an 2000" de la communauté internationale ne génère-t-il pas une autre définition ? Le souhait exprimé dans la déclaration d'Alma Ata en 1978 était "l'accès de l'humanité toute entière à un niveau acceptable de santé en l'an 2000". Les soins de santé primaires constituaient un élément essentiel de cet objectif, avec des conditions élémentaires : manger à sa faim, boire de l'eau potable, être vacciné, disposer de médicaments essentiels... Nombre de pays n'y sont pas encore parvenus. Dans d'autres, on souffre d'un allongement de la durée de vie qui entraîne plus de dépendance des personnes âgées, de fragilisation des bronches par la pollution moderne, de trou de la sécurité sociale... A chaque groupe humain sa définition de la santé, s'il en a besoin.

Références bibliographiques

- 1 L'Initiative de Bamako : reconstruire les systèmes de santé. UNICEF, New York, 1995, 20 p.
- 2 A. Bideau et al., Variations locales de la mortalité des enfants : l'exemple de la châtellenie de Saint-Trivier-en-Dombes (1730-1869). *Annales de démographie historique*. 1978, pp. 7-29.
- 3 Les Enfants du Monde (*Revue du Comité français pour l'UNICEF*), n° 129, 3^e trimestre 1996, p. 25.

FAUT-IL DÉFINIR DIFFÉREMMENT

LA SANTÉ

EN ÉPIDÉMIOLOGIE D'URGENCE

Plus nous évoluons vers une santé mondiale et plus nous nous apercevons qu'il faut adapter la définition de santé à chaque situation et à chaque pays. Nous avons toujours voulu homogénéiser les définitions, c'est la situation la plus simple et aussi une situation de départ, car il faut toujours commencer par quelque chose. Plusieurs définitions ont été données par différentes institutions au cours de l'histoire, la plupart étaient trop générales et nous faisaient plutôt sentir l'impuissance de vouloir définir quelque chose qui devait s'adapter à toutes les situations. La situation se complique encore quand nous essayons de définir la santé dans le cadre des urgences, d'une situation de guerre, d'une catastrophe naturelle, ou comme nous avons pu le voir en cas de déplacements massifs de populations soit à l'intérieur d'un pays (déplacés), soit en dehors des frontières du pays (réfugiés).

Lors d'une situation d'urgence, il est fréquent de voir des épidémies dues à la concentration de population, au manque d'eau, de nourriture, de latrines, etc... Les populations se déplacent souvent dans des endroits où existent d'autres maladies auxquelles leurs corps ne sont pas habitués à réagir. Lors d'une situation d'urgence, les priorités sont différentes qu'en situation normale. Nous devons nous adapter à la réalité du moment, même si cela reste temporaire. Par exemple, dans un camp de réfugiés, nous disons que la population se porte bien,

Sergio YACTAYO, M.D.; MPH
Coordinateur médical des urgences
Unité de coordination de l'aide humanitaire
Avenue du Commandant Valodia, 206 - Luanda - Angola

qu'elle est en bonne santé, quand les taux de mortalité sont bas, moins de 1/10.000 par jour pour la population totale et moins de 2/10.000 par jour quand il s'agit des enfants de moins de 5 ans, ou quand nous arrivons à fournir une latrine pour 25 habitants. Mieux encore, nous disons que l'urgence est passée si nous n'avons pas d'épidémie de rougeole, choléra, typhus ou paludisme. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème, mais simplement que la plupart des problèmes sont sous contrôle et que les maladies sont peut-être moins mortelles dans l'immédiat. Nous savons également que dans ces situations la population souffre de parasitoses digestives, d'un traumatisme post guerre, post déplacement, mais nous continuons à parler d'une population en bon état de santé. Il faut savoir s'adapter aux situations dans la vie, c'est une loi toute naturelle, sinon à force de vouloir rester perfectionnistes, on risque de ne pas être crédibles et probablement pas à la hauteur.

Historique de la définition de santé

La définition la plus ambitieuse de la santé est celle qu'a proposée l'O.M.S. en 1948. Malgré les nombreuses critiques dont elle a fait l'objet du fait des difficultés que soulèvent la définition et la mesure du bien-être, cette définition de la santé constitue toujours un idéal. Malgré tout, dans de nombreux pays, cette stratégie de santé pour tous constitue la base de la politique de santé. Cette stratégie met au premier plan la fixation des objectifs et des buts en matière de santé.

En 1977, l'Assemblée Mondiale de la Santé a décidé que l'objectif essentiel des Etats membres de l'O.M.S. devait être de donner à tous les peuples du monde, d'ici à l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie sociale-ment et économiquement productive.

En 1986, a été adoptée une importante initiative internationale en faveur de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa. Elle affirme que la santé subit l'influence de toute une série de décisions de politique générale.

La politique de santé ne relève pas du seul ministère de la santé. Les grandes orientations fixées par une multitude d'organismes, tant gouvernementaux que non-gouvernementaux, ont des répercussions importantes sur la santé. Le souci de la santé et de l'équité est nécessaire dans tous les domaines de la politique officielle du pays. La politique de l'agriculture influe sur l'approvisionnement en viande et produits laitiers, de même que sur le prix et leur qualité ; la fiscalité et la réglementation de la publicité ont une influence sur le prix de l'offre et de la demande de cigarettes, une politique sur les transports a une influence sur la pollution environnante dans les villes et les risques d'accidents de la circulation.

Quoi qu'il en soit, il est toujours nécessaire de donner une définition de la santé ; cette définition doit évoluer avec le temps, s'adapter aux changements et s'inscrire dans l'avenir. Nous l'avons vu dans le passé, le fait d'avoir défini la santé a permis non seulement de comprendre, mais d'orienter les activités dans bien d'autres domaines qui ne sont ni la maladie, ni l'infirmité.

Ce besoin de définir pour comprendre a permis, aussi bien aux pays développés qu'aux pays en voie de développement, d'élaborer une politique de santé cohérente et universelle, certes parfois une politique trop ambitieuse, éloignée de la réalité et des capacités, mais du moins nous pourrions dire que cela n'a pas empêché d'être créatif en allant vers un idéal.

Nous arrivons actuellement vers la fin du XX^e siècle et en matière de santé, il reste beaucoup à faire. De nouvelles maladies sont apparues, d'anciennes sont réapparues. Cependant, beaucoup de progrès ont été réalisés au niveau mondial : la variole a été éradiquée du monde, la poliomyélite et la rougeole ont presque disparu du continent américain, grâce à une politique agressive dans les programmes de vaccination, qui sera appliquée sur le continent africain en 1996 et 1997. C'est pour cela que la définition mondiale doit aussi être générale et ambitieuse, pour pouvoir aller plus loin, plus haut. Plus notre but est petit, plus nos actes seront petits, plus il est grand, plus nos actes grandiront.

Le point de vue des épidémiologistes

L'épidémiologie, pendant longtemps, a voulu réagir pour modifier les définitions de santé. Elle considère indispensable de donner de la santé et de la maladie des définitions de caractère plus pratique : l'épidémiologie s'attache aux aspects de la santé qui sont relativement faciles à mesurer et sont prioritaires pour l'action à mener. Mais cela n'est pas simple, l'élaboration des critères permettant d'affirmer la présence d'une maladie exige que soit défini ce qui est normal de ce qui ne l'est pas. Mais il est souvent difficile de dire exactement ce qui est normal et la limite est souvent floue entre physiologique et pathologique.

Les définitions données par les épidémiologistes de l'état de santé sont en général rudimentaires : par exemple, ils opposent la présence de maladie à son absence. Avec le développement de l'épidémiologie de terrain, il a fallu s'adapter aux changements, à la réalité de la vie quotidienne. Bien qu'il existe une définition universelle de la santé, il a fallu adapter cette définition au moment présent, puis la faire évoluer en fonction des acquis du moment. La définition de santé doit, dans le bon sens du terme, s'adapter temporairement à la réalité du pays ou du terrain où ont lieu les événements. Par exemple, dans une communauté du tiers monde où il y a plusieurs problèmes de santé, où le taux de mortalité est élevé, là où il n'y a pas d'eau potable, peu de latrines et peu de choses à manger, il faut s'attaquer aux problèmes de santé les plus courants pour améliorer la situation. Mais cela est une affaire de temps qui s'inscrit sur des années ou des dizaines d'années. Pour pouvoir avancer dans le domaine de la santé et ne pas se décourager, il faut créer plusieurs définitions ou étapes intermédiaires. Cela permet de nous rendre compte si nous avons avancé, si nous ne sommes pas restés statiques et si nous avons évolué.

Lors d'une épidémie d'une maladie qui est endémique dans une région, il faut avancer par paliers. D'abord il faut combattre l'épidémie, c'est la priorité numéro un, puis traiter les cas, faire une vaccination pour prévenir d'autres cas, ensuite s'attaquer à des problèmes de fond pour éviter que l'épidémie ne se répète, et donc élaborer une stratégie préventive qui puisse être applicable. Il faut agir avec ce que nous avons dans la situation dans laquelle nous nous trouvons, en tenant compte des réalités locales, de l'idiosyncrasie de la population, des croyances et des attitudes traditionnelles face à la maladie.

L'action de santé sur le terrain

Sur le terrain, lorsqu'il y a une urgence telle qu'un déplacement important de population, il faut surtout veiller à certains besoins de base comme l'eau, la nourriture, les soins médicaux, un dépistage rapide pour déceler des groupes à

risques qui pourraient mourir si nous n'agissons pas rapidement. Le temps presse et souvent il faut agir très vite ; des milliers de vies sont épargnées si la situation est prise à temps, dès le début. Les approches sont différentes selon les organisations qui s'occupent de gérer la situation, mais la plupart sont d'accord sur les déterminants de la santé que nous énonçons ci-après :

L'approvisionnement en eau

Il est nécessaire d'assurer un certain minimum mais bien sûr, les besoins dépendent de la situation. Dans la pratique nous considérons qu'il faut apporter les quantités suivantes :

Individus : 15-20 litres par personne et par jour.

Centre de santé : 40-60 litres par personne et par jour.

Centre de nutrition : 20-30 litres par personne et par jour.

Plusieurs discussions ont eu lieu pour se mettre d'accord sur ces valeurs, car bien souvent les lieux occupés par des réfugiés ou des déplacés sont assez inhospitaliers et manquent de tout. Un minimum absolu pour survivre est de 3-5 litres par personne et par jour, mais cela ne tient pas compte de l'eau pour se laver, pour faire la cuisine, ni de la situation climatique existante.

Plus nous nous éloignons de ce chiffre idéal en eau et plus nous rencontrons des problèmes de santé, et cela se répercutera sur la morbi-mortalité de la population.

L'approvisionnement en nourriture

Si le déplacement de la population prend plusieurs jours, il faut prévoir un apport alimentaire en rations sèches, par exemple sous forme de biscuits protéinés qui sont faciles à transporter et n'ont pas besoin de préparation spéciale.

Dès que la population se stabilise dans un lieu, il est nécessaire de lui apporter une ration de base ; il est nécessaire d'apporter un minimum de 2.100 K-cal par jour pour éviter plus tard des problèmes de dénutrition et toutes les conséquences que cela implique chez les enfants mais aussi chez l'adulte. Quand nous ne respectons pas cet apport minimum en nourriture, il est courant de voir quelques mois plus tard, une population de dénutris, c'est-à-dire une population à risques avec un syndrome d'immuno-déficience dû à la dénutrition, le fameux sida du pauvre.

Ration minimale à distribuer selon les différentes agences

O.M.S.	2.100 K-cal par jour*	C.I.C.R.	2.400 K-cal par jour
P.A.M.	1.900 K-cal par jour	M.S.F.	2.100 K-cal par jour

P.A.M. Programme alimentaire mondial - C.I.C.R. Comité International de la Croix Rouge - M.S.F. Médecins Sans Frontières.

*O.M.S. valeur pour l'Afrique.

Il est également habituel d'établir des points de triage pour détecter les enfants de moins de 5 ans qui ont un degré de dénutrition et qui ont besoin d'un supplément nutritionnel ou d'une hospitalisation dans un centre de nutrition. Dans la pratique, ce dépistage se fait rapidement à l'aide de la mesure du périmètre brachial (P.B.), appelé aussi M.U.A.C. (Mid-Upper Arm Circumference) qui en quelques minutes permet de dire si le sujet est ou non dénutri. Les individus

considérés comme dénutris, devront avoir une mensuration du poids et de la taille. Ce rapport P/T nous permettra de connaître le degré exact de dénutrition existante.

Le M.U.A.C. a l'avantage d'être simple et rapide, ce qui convient bien aux situations d'urgence. Il est utilisé chez les enfants de 12-60 mois. Il s'agit de prendre la circonférence du bras gauche à mi-chemin entre l'acromion et l'olécrane.

Interprétation du M.U.A.C.

M.U.A.C. en mm	Interprétation
> 135	normale
120 - 135	malnutrition modérée
< 120*	malnutrition sévère

* L'O.M.S. recommande de prendre plutôt 125 mm au lieu de 120 mm, mais dans certains pays un M.U.A.C. < 120 mm est plus en accord avec le risque de mortalité.

Interprétation du taux de malnutrition

Taux	Interprétation
≥ 20 %	situation sérieuse
10 - 19 %	situation d'alerte
< 10 %	acceptable

Le "screening médical"

Il est fait dans les points de passage au niveau de la frontière. Ce triage permet de détecter les gens malades ou à risques, qui ne pourraient pas continuer sans une assistance médicale. Il s'agit de dépister des problèmes courants tels que les infections respiratoires aiguës (I.R.A.), les maladies diarrhéiques, le paludisme, les femmes enceintes, les personnes âgées qui ont des problèmes médicaux et bien d'autres entités nosologiques qui pourraient devenir épidémiques si nous ne les repérons pas à temps.

La vaccination de la rougeole

Il est fort courant de voir des épidémies de rougeole lorsque les populations sont rassemblées dans des conditions précaires. La rougeole est une des maladies les plus meurtrières chez les populations démunies. Elle peut tuer soit au début par les complications liées à la maladie (pneumonie, méningite, etc...), soit en dehors de la maladie, car elle peut donner une diarrhée persistante puis un problème de dénutrition ; c'est ainsi que le cycle infernal de diarrhée/dénutrition commence et qu'il finit avec la mort de l'individu.

Il est habituel que lors des grandes catastrophes, une vaccination en masse chez les enfants de moins de 15 ans soit organisée. Le but est d'obtenir un taux de couverture vaccinale supérieur à 80 %, cela pour éviter une épidémie.

Même dans le cas de doute de vaccination, il est préférable de revacciner ; cette attitude sert dans la pratique à éviter des épidémies meurtrières. La vaccination

anti-rougeole est souvent accompagnée d'une dose préventive de vitamine A, le but étant de favoriser la stimulation immunologique. Cette thérapie a démontré qu'elle est efficace dans la prévention des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires, qui sont une des grandes causes de mortalité dans les camps de réfugiés.

Autres apports

Dès que la situation le permet, du savon est distribué dans le but de prévenir les maladies transmises par les mains souillées. Un équipement cuisine est distribué, des casseroles, des cuillères, des bidons d'eau et des assiettes, cela dans le but d'éviter des problèmes de transmission de maladies. Les bidons d'eau, par exemple, servent pour le transport de l'eau propre, les cuillères pour éviter que les gens ne mangent avec les doigts.

Dès que le camp de réfugiés est plus stable, un système d'éducation de la santé est mis en place, par exemple pour l'utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes, dans le but d'éviter les avortements, liés aux crises paludéennes. L'utilisation de préservatifs est également un besoin important pour pallier les maladies de transmission sexuelle.

Comme nous l'avons vu, cette approche de la santé, face aux problèmes d'urgence, est très particulière. Bien que cela puisse paraître une procédure toute faite pour agir chaque fois, celle-ci n'est pas toujours adaptée. Selon le contexte et les lieux, nous sommes obligés d'envisager des procédures différentes. Ainsi, il est vrai qu'il faut garder une idée de fond, une définition idéale de la santé, mais il faut toujours savoir s'adapter à la situation du moment, créer des paliers, des étapes intermédiaires. Ces indicateurs intermédiaires sont dépendants du degré d'évolution du pays, des acteurs qui y participent, et de bien d'autres facteurs liés à l'environnement.

Références bibliographiques

O.M.S. Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Vo n° 1, O.M.S., Genève 1993.

O.M.S. Glossaire de la série "Santé Pour Tous", Vo n° 1 à 8, O.M.S., Genève 1984.

O.M.S. Rapport sur la santé dans le monde 1995. Réduire les écarts. O.M.S., Genève 1996.

UNICEF. Assisting in emergencies. A resource handbook for UNICEF field staff, UNICEF, Switzerland 1986.

M.S.F. Nutrition guidelines 1st edition, M.S.F., Paris 1995.

Le témoignage de Claude Suffit, ancien secrétaire du CHSCT de l'usine Atochem de St-Auban (Alpes-de-Haute-Provence)

C'est quoi la santé ? Mais on ne m'a jamais posé la question aussi directement. C'est de conserver son intégrité physique, garder le maximum de ses moyens d'origine : sa faculté de raisonnement, son équilibre. Et se sentir bien dans sa peau.

Pour avoir personnellement connu deux opérations lourdes et une situation de santé difficile, je peux dire que j'ai énormément apprécié de "retrouver" la santé. En ce sens retrouver la santé, c'était récupérer la totalité de mes moyens physiques, ne pas être diminué. Je crois d'ailleurs que le fait de surmonter une épreuve de santé importante permet de mieux apprécier ce qu'est la santé. Se sentir bien dans sa peau, maître de son corps et de ses facultés intellectuelles. C'est ça la santé.

Dans l'ensemble, on peut considérer que c'est la motivation qui a été le moteur de mon intérêt pour les questions de santé dans l'entreprise. Je n'ai pas un niveau d'études très important, mais j'arrive à appréhender assez facilement ces problèmes. Je suis aussi toujours soucieux de mes interlocuteurs. Je les écoute. Ce n'est que l'ensemble d'informations qui permet d'intervenir auprès des directions pour améliorer les condi-

tions de travail, sur Saint-Auban et d'autres sites, voire pour faire passer des dispositions légales au niveau national.

Dans une entreprise, j'aurais tendance à dire que, quand on va au travail, on n'y va pas pour risquer sa vie, à court ou à long terme. Aller dans une entreprise, ce n'est pas choisir de prendre des risques, comme un pilote de courses. On est là pour travailler. Cette dimension est quelquefois oubliée par certains salariés qui, pour des raisons matérielles et économiques acceptent, consciemment une dégradation de leurs conditions de travail. C'est un choix d'individu.

Les mêmes personnes peuvent évoluer, au cours de leur carrière, dans leur façon d'évaluer les choses. Elles ont aussi pu agir par méconnaissance, ou pour des raisons circonstancielles. Les problèmes arrivent. Elles changent de comportement. On passe quand même, dans une vie, une grande partie de son temps au travail. L'impact sur la santé est donc énorme. Je ne veux pas en faire un dogme, mais je pense que la santé au travail est un aspect très important de la santé. Ce n'est pas innocemment que les directions d'entreprises privilégient, quand elles parlent de

Claude Suffit a été employé de l'usine Atochem de Saint-Auban (04) de 1962 à 1995.

Il y a assuré le secrétariat du CHSCT. Un premier témoignage de son activité a été publié dans le numéro 21 (2^e semestre 1990) de *Prévenir*, sous le titre "de l'action ponctuelle au système de contrôle permanent de l'environnement".

santé, les habitudes de vie, les comportements individuels – fumer, boire – allant jusqu'à interroger l'intéressé sur ses parents, pour privilégier, éventuellement, dans la cause d'un mal, ses antécédents familiaux.

Dans l'industrie chimique, la situation des salariés est particulière. Même s'ils n'en ont pas clairement conscience, les salariés de cette industrie sont exposés à un certain nombre de nuisances. Ces nuisances sont de types différents : des gaz, des produits liquides, acides, corrosifs, agressifs. Elles peuvent porter atteinte de façon ponctuelle, mais aussi de façon plus continue. Certains produits sont pervers. Leur nuisance apparaît avec retard. Ce type de risques est souvent minimisé par les directions d'entreprise. J'ai souvent découvert l'effet de ces nuisances à l'occasion de réunions avec des salariés d'autres entreprises, avant de m'apercevoir que les mêmes effets étaient observables dans mon entreprise, puisque les mêmes causes existaient.

Pour appuyer par un exemple cet effet d'écart qui existe entre l'affirmation d'une nuisance et sa prise en compte par une direction d'entreprise, je peux évoquer le travail que le CHSCT a dû mener à l'usine Atochem de Saint-Auban, lorsque nous avons eu confirmation que l'exposition au chlorure de vinyle engendrait des cancers du foie. La mémoire collective des salariés conservait bien la disparition d'un certain nombre d'entre eux pour cause de "maladies du foie", mais le lien avec l'exposition au chlorure de vinyle n'était pas établi chez les salariés et la direction de l'entreprise se gardait bien de l'évoquer. Ce sont les contacts inter-sites, notamment avec les travailleurs de Saint-Fons, dans la région lyonnaise – où l'équipement médical permettait

un meilleur suivi – qui nous ont permis d'avancer.

La réaction sur le site de Saint-Auban a été forte. En essayant de se remémorer le nom de tous ceux qui avaient eu des problèmes, on a listé de nombreuses situations peu claires. On a alors interpellé la direction, d'autant plus fort que l'effectif de Saint-Auban, dans les années 1980 était plus important que celui de Saint-Fons, alors que le nombre de cas de maladies professionnelles reconnues était bien plus faible.

Dès qu'on commence à tenir un fil, on s'aperçoit que les atteintes à la santé des salariés sont nombreuses et diverses. Mais il faut se battre avec une détermination difficilement imaginable, pour parvenir à arracher des informations qui permettent ensuite d'interpeller les directions sur le constat de situations de santé. Certes, il existe des fiches de toxicité, très rebutantes et très techniques qu'il faut apprendre à lire. L'expérience de terrain, croisée à l'expérience médicale apporte beaucoup. La parole des experts également, bien que je me souvienne d'un brillant statisticien nous ayant démontré qu'une enquête épidémiologique menée sur un site comme Saint-Auban, ne serait pas valable, faute d'une population suffisamment importante.

Je pense notamment à un produit rentrant dans la composition d'insecticides et que l'usine a été l'une des dernières à fabriquer. Un produit particulièrement toxique, à tel point que son utilisation à l'état brut, sur leur chien par exemple, par certains salariés mal informés, a entraîné la mort du chien, intoxiqué par voie cutanée. Un produit hautement toxique donc, dont la fabrication est aujourd'hui abandonnée en France, mais elle se poursuit dans un pays en voie de développement, où les popu-

lations ne sont vraisemblablement pas informées de sa nocivité.

Au positif, nous avons réussi à faire évoluer les mentalités. Les populations se mobilisent sur des actions de plusieurs natures pour exiger plus de protection, ou tout au moins d'être éclairées sur la réalité des nuisances auxquelles elles sont exposées. C'est une bataille permanente. Il ne faut jamais relâcher la motivation et l'action, car, très vite, les considérations de productivité et de rentabilité prennent le pas sur la sécurité des salariés au travail.

La dégradation sociale que l'on connaît, l'instauration de la précarité a aussi comme effet pervers de créer à nouveau une dégradation des conditions de travail. Moins de connaissance des nuisances, exposition à plusieurs nuisances. La précarité ne

concerne pas uniquement l'emploi et les rémunérations, elle touche aussi la santé des salariés. En conscience, je pense que jamais rien, dans le domaine de la sécurité, n'est acquis.

Du côté des ouvriers, dès que le problème devient moins concret, plus diffus, la mobilisation est difficile. Il faut que les gens se sentent agressés, diminués, malades pour qu'ils réagissent.

Une de nos actions a été de chercher à sensibiliser les médecins généralistes qui accueillent les salariés hors de l'entreprise, pour qu'ils puissent intégrer la dimension travail et exposition à certaines nuisances. La direction de l'entreprise a d'ailleurs récupéré cette façon d'agir et le médecin du travail du site informe régulièrement les généralistes locaux. Je regrette que le CHSCT soit absent de ces réunions.

Témoignage de J.-L. B., 38 ans, atteint d'un cancer de l'amiante

Pour moi, c'est fini, il me reste au maximum deux ans.

Mais je vais me battre, pour ma famille et pour mes copains. Et quand je ne serais plus là, ils continueront.

Aujourd'hui, quand je vais à Atochem, je vois qu'à la Direction ils ont peur, ils déroulent le tapis rouge pour moi. Mais je n'oublie pas qu'hier, quand je protestais, ils s'arrangeaient pour me faire perdre une prime ou pour m'envoyer dégazer les bouteilles sur le parc les jours de pluie.

C'est pour les autres que je vais me battre. Je veux coûter très cher à Atochem, parce qu'alors ils ne mégoteront

plus pour changer les calorifuges ou les joints en amiante tout en annonçant des milliards de bénéfice à leurs actionnaires.

Je veux qu'ils réalisent la carte de l'amiante dans l'entreprise, et qu'ils remontent dans les archives pour les ateliers disparus. Je veux que mes copains sachent si oui ou non ils sont exposés, parce que cette saloperie se déclare tout d'un coup, sans signes préalables, et alors elle ne laisse aucune chance.

Entre les périodes de chimiothérapie, je serais là pour me battre, avec l'aide de ma femme et de ma sœur.

Le commentaire de Marc Andéol, chargé d'études au Centre de Santé mutualiste de Port-de-Bouc (Bouches-du-Rhône)

Le travail conduit par les Mutuelles de France depuis une dizaine d'années avec les généralistes des centres de santé mutualistes de Martigues et Port-de-Bouc, permet aujourd'hui d'estimer que sur 1 000 personnes de tout âge et de toutes catégories sociales, 200 travaillent ou ont travaillé dans des milieux nocifs, c'est-à-dire comportant des facteurs de risque identifiables, parfaitement éliminables (il s'agit d'un milieu construit par l'homme), capables de franchir les barrières de défense de l'organisme.

Sur ces 200 personnes exposées, on compte en effet (dans l'état actuel des données) une moyenne de 39 surdités dues au bruit, 23 bronchites chroniques dues aux aérocontami-

nants, 18 allergopathies dues aux allergènes, 16 asbestoses dues à l'amiante, 3 silicoses dues aux poussières de bioxyde de silicium cristallin, 2 cancers dus à des cancérogènes, 19 autres atteintes évitables (postures, peintures, solvants, etc.).

Pour les personnes soumises à ces risques, le témoignage de J.-L. B. en est l'exemple, comment définir la santé autrement que par l'absence de maladie ?

La santé n'est pas un état, parce qu'elle résulte de l'histoire de l'adaptation de l'homme à ses milieux successifs, et l'état présent se situe entre un passé qui l'explique et un avenir que l'on peut prévoir si l'on en saisit les facteurs déterminants.

DE LA SANTÉ À LA BONNE SANTÉ,

ANALYSE À DEUX VOIX

D'UN MICRO-TROTTOIR

A l'occasion de la mise en place de l'exposition permanente sur la santé organisée à la Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette en 1993, un micro-trottoir avait été conçu pour alimenter en images "parlantes" une borne située à l'entrée de l'exposition. Ce micro-trottoir, réalisé dans plusieurs lieux parisiens, contenait les réponses, plus ou moins longues, données par 76 sujets à des questions portant sur la définition de la bonne santé et de la santé, sur le système de soins et sur le rapport santé/travail.¹

Un premier visionnement de ce matériel à l'époque avait donné l'impression très forte que la plupart des réponses tournaient autour de la même notion/idée : la santé, c'est avoir la "pêche", la forme, se sentir bien (dans son corps et dans sa tête). Autrement dit, la santé semblait être assimilée à un état de bien-être impliquant un certain dynamisme (comme dans les expressions populaires "avoir de la santé" ou "quelle santé !"). Même si cette idée de bien-être semblait varier dans sa formulation et son contenu, selon certaines caractéristiques sociales et, surtout, selon l'âge, il n'en demeurait pas moins qu'on semblait être en face de gens différents qui avaient évolué en l'espace de quinze ans dans le sens d'une plus grande homogénéité de point de vue et d'une conception de la santé finalement assez proche de celle donnée par l'OMS au moment de sa création en 1946.

Nous sommes revenus sur cette enquête et l'examen attentif des propos tenus, l'analyse systématique de l'ensemble des contenus des interviews nous ont permis de nuancer quelque peu cette première impression.²

*Pierre AÏACH, Sociologue, Directeur de Recherche à l'INSERM
(Unité 158 - Université René Descartes) - Président de l'Association ERASME
Faculté de Médecine Necker - 156, rue de Vaugirard - 75750 Paris Cedex 15*

*Nicole VERNAZZA-LICHT, Anthropologue
associée à l'UMR "Adaptabilité humaine : biologie et culture", Faculté de Médecine,
27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille Cedex 05*

DE LA SANTÉ À LA BONNE SANTÉ

Il y a une quinzaine d'années, je m'interrogeais sur le sens des propos tenus par des sujets questionnés d'une façon très générale dans le cadre d'une enquête sur la santé et la maladie sans que leur soient posées "des questions spécifiques et décomposées en éléments plus parlants"³. Il m'était apparu que les différents types de définition de la santé ou de la maladie étaient essentiellement fonction du capital culturel des sujets.

Ainsi, la définition donnée était d'autant plus abstraite et théorique que l'on se trouvait en haut de l'échelle sociale ; elle était au contraire d'autant plus en prise sur le vécu et chargée d'affectivité qu'on était placé en bas de cette échelle.

Si l'on s'en tient à la seule question de la définition de la santé, il apparaissait que :

- plus de la moitié des "ouvriers"⁴ lui donnaient un contenu existentiel - "c'est la bonne chose", "c'est une richesse", "c'est très important" - (contre 4 % des "cadres" et 17 % des "employés") ;
- la notion de bien-être était évoquée par plus du tiers des "employés" et 3 "cadres" sur 10 (contre 13 % des "ouvriers") ;
- près d'un quart des "cadres" avaient évoqué la notion abstraite d'équilibre (contre 3 % d'"ouvriers" et 13 % d'"employés") ;
- les autres définitions théoriques étaient le fait des "cadres" et dans une moindre mesure des "employés" ;
- entre femmes et hommes les différences étaient relativement minimes, ce qui confirmait *a contrario* l'hypothèse de l'importance du poids du capital culturel dans l'énoncé des définitions de la santé.

Cette différenciation sociale entre groupes de niveau culturel différent était fonction de la capacité socialement acquise (notamment à travers l'école, le lycée et l'université) à s'exprimer en termes savants sur un mode abstrait (l'exemple type est celui donné par le dictionnaire). Il en résultait qu'invités à donner une définition de la santé, seuls ceux habitués à utiliser des concepts et notions étaient en mesure de proposer une définition générale qui n'était pas directement l'émanation de leur expérience dans ce domaine et qui était détachée des valeurs sociales contenues dans les dictons et formules populaires relatifs à la santé.

On constate tout d'abord, une nouvelle fois serais-je tenté de dire, la difficulté pour la plupart des gens interrogés de donner une définition abstraite de la santé (ceci est explicitement évoqué par un sujet sur dix ayant donné une réponse sur la définition de la santé).

Cette difficulté est perceptible également dans le fait que près d'un individu sur cinq a donné une réponse qui reprenait le thème de la première question portant sur la bonne santé : "La santé, c'est être en bonne santé".

Note des auteurs

Bien que l'ensemble de cet article ait été conçu en commun, la rédaction et les idées exprimées sont de Pierre Aïach pour la première partie et de Nicole Licht pour la seconde.

C'est, semble-t-il, à cause de cette difficulté que, "tout naturellement", les interviewers du micro-trottoir ont préféré poser en premier la question sur la bonne santé, ce qui a eu pour effet d'amener davantage les sujets sur le plan de leur vécu, le terme de "bonne" étant là pour "provoquer" une réponse plus en rapport avec le quotidien ("c'est quoi, pour vous, être en bonne santé ?"). C'est sur cette invitation que les gens ont d'emblée parlé de leur conception, pour eux, de la bonne santé ; faisant ainsi, pour la plupart, référence à leur propre expérience en matière de santé et à leur vie de tous les jours ; c'est par rapport à un vécu et à un ressenti que les réponses ont été données ("c'est le matin avoir la pêche" – sous entendu : sinon on n'est bon à rien, on ne peut pas bien travailler etc.) ; d'où l'importance accordée aux notions de bien-être (27 % des sujets)⁵, ou de forme, d'énergie (24 %).

D'autres, en fonction de leur expérience, ont parlé d'autonomie, de mobilité, de capacité à faire ce que l'on veut (soit 12 %, contre 9,5 % dans l'enquête de 1980 dont il a été question précédemment) ; ceci concerne des très jeunes : un pré-adolescent de 12 ans, par exemple, qui parle de se promener et de joie de vivre, un autre de 13 ans pour qui il est question d'activités et de sport ; deux jeunes de 20 et de 24 ans qui, tous les deux, évoquent la possibilité de "faire ce qu'on veut" ; ou encore, deux jeunes adultes de 30 ans environ qui parlent de "bouger" et, l'un d'entre eux, de "faire ce que l'on veut". Chez les plus âgés, seul un homme de 70 ans a parlé de mobilité et un autre, de 55 ans, d'indépendance, ce qui laisse entendre une certaine capacité à se déplacer sans dépendre des autres.

Autre observation, – qui va dans le sens de notre hypothèse d'une difficulté à répondre de façon abstraite et de l'échappatoire que constitue, dans une certaine mesure, le recours à une question plus personnelle "la bonne santé pour vous ?" – les déclarations qualifiant la santé comme quelque chose de bon et, même, d'essentiel sont très peu nombreuses (3 sur 76 sujets), alors que nous avions dénombré bien plus de réponses de ce type dans notre travail précédent (environ 15 % des sujets).

La différence peut tenir au fait que, face à une question abstraite ("qu'est-ce que la santé ?"), les gens les plus "simples" ont encore plus de difficulté pour donner une réponse générale abstraite et optent pour une réponse exprimant un jugement de valeur, fonction de leur propre expérience et trouvant place dans le système des valeurs propres à leur milieu social (la santé avant tout !) ; ce type de réponse est, répétons-le, d'autant moins fréquent que le capital culturel est élevé. Or, dans le cadre du micro-trottoir, le nombre de définitions de la santé a été nettement plus faible dans le groupe "Ouvriers" que dans les deux autres ; cela est le résultat d'une difficulté plus grande à proposer une définition de la santé, après avoir parlé de la bonne santé et, sans doute, du sentiment que l'interviewer paraît avoir eu de la difficulté de l'entreprise pour certains sujets interrogés.

On peut ajouter que les gens, dans l'enquête de 1980, se trouvaient face à un enquêteur venu les interroger longuement sur des questions relatives à la santé et à la maladie. Dans la situation du micro-trottoir, par contre, l'invitation à se pencher sur leur conception de la bonne santé, et non de la santé, a quelque peu atténué la difficulté de la question. La caméra invite peut-être, aussi, à davantage de spontanéité et, surtout, situe les gens dans un contexte non médical, quelque peu ludique, moins "scientifique", moins officiel, ne reproduisant pas vraiment un

rapport maître-élève. La situation du micro-trottoir est d'une durée très courte, éphémère, dédramatisée par le ton enjoué pris par l'enquêteur et, parfois, par l'ambiance bon-enfant de la rue ou du lieu (le marché populaire de la place des Fêtes, le parc des Buttes Chaumont à Paris). La perspective d'être filmé et de "passer à la télé" ne semble pas avoir déplu à un certain nombre de personnes.

L'absence de maladie et de douleur

On observe qu'une grande partie des sujets interrogés ont évoqué l'absence de maladie et de problèmes de santé – essentiellement les hommes – comme un préalable à tout ce qui peut être ajouté, même si cette indication n'a pas toujours été donnée d'entrée de jeu (sauf chez les femmes). En voici quelques échantillons :

- pas malade, bien dans sa peau, bien-être (homme, 50 ans).
- pas malade, en forme (homme, 35 ans).
- pas malade, vivre tranquillement, éternellement ! (homme, 55 ans)
- pas malade (femme, 22 ans ; femme, 35 ans).
- pas malade, bien vivre, supporter l'entourage (femme, 38 ans)
- pas malade, bien vivre et dormir (homme, 27 ans)
- travailler, entente conjugale, pas malade (homme, 25 ans)
- bien dans sa peau, pas malade (homme, 27 ans)
- bien physiquement et psychologiquement, indépendance, pas malade (homme, 55 ans)
- profiter de la vie, pas malade, bien manger, faire ce qui est bon (adolescent, 13 ans).

Ce préalable, ou cette condition première si l'on préfère, peut ne pas concerner la maladie ou un problème de santé, mais plutôt leurs manifestations les plus fréquentes, celles qui se traduisent par une douleur.

Ainsi, l'absence de douleur a été indiquée par 9 sujets (dont 4 femmes) qui n'ont pas, par ailleurs, parlé d'absence de maladie, soit 12% de l'ensemble des sujets de l'échantillon.

Il reste cependant que, dans 6 cas sur 10, cette condition première n'a pas été évoquée, ce qui ne veut pas dire, bien sûr, qu'elle n'existe pas dans l'esprit de ceux qui n'en ont pas parlé.

Différenciations sociales

Malgré la difficulté de l'entreprise, les interviewés ont été classés en trois groupes de niveau social avec une grande marge d'incertitude : niveau populaire (ouvriers), niveau secondaire (employés/commerçants), niveau supérieur (médecins, pharmaciens, cadres). Il se trouve que le nombre de sujets appartenant à chacun de ces trois groupes est presque le même.

Quand on analyse les résultats, il semble que les différences les plus marquantes se situent dans l'item "avoir la forme/la pêche" et dans l'item "bien-être" davantage présents dans le groupe supérieur, tandis que le groupe secondaire a davantage insisté sur le bien-vivre, la joie de vivre et l'amour de la vie. Le groupe primaire ne semble pas avoir marqué une différence nette avec les deux autres groupes puisque son "bien-manger" est aussi souvent cité par le groupe supérieur et que son "bien dans sa peau" se retrouve également dans les trois

groupes. Il en va de même d'ailleurs pour la réponse la plus souvent donnée : l'absence de maladie ou de problèmes.

Concernant la définition de la santé, on observe que le nombre de réponses des gens du premier groupe (ouvriers) est nettement inférieur à celui des autres groupes, ce qui confirme une fois encore la difficulté pour les gens appartenant aux milieux les plus populaires de s'exprimer sur cette question.

Ainsi, la seule évolution notable dans la définition profane de la santé que l'on peut observer, depuis 1980, semble concerner les réponses qui parlent de forme, de "pêche", réponses qui, tout en étant proches de celles qui ont trait à la notion de bien-être, mettent l'accent plutôt sur le dynamisme, l'entrain, la capacité d'entreprendre (notamment en référence au contenu des pratiques professionnelles).

On peut y voir l'expression de l'influence de l'idéologie de l'esprit de conquête, de victoire, qui s'est développée au cours des dernières années du fait de contraintes concurrentielles de plus en plus fortes sur le marché du travail et à l'intérieur des entreprises industrielles et commerciales ; on peut également y voir l'influence, qui a pris naissance au cours des années 1970/1980, des nombreux magazines spécialisés centrés sur la santé et la forme⁶, choisissant de façon délibérée un créneau on ne peut plus rentable du fait du très fort intérêt des Français pour leur santé (par exemple 56 % des personnes interrogées en 1991 par BVA plaçaient la santé en tête de leurs préoccupations, tandis que deux Français sur trois accordaient la priorité à la santé en 1989 dans un sondage Sofrès)⁷.

Doit-on le regretter ou s'en féliciter ? N'est-on pas là dans une zone finalement proche de celle définie par l'OMS il y a près de 50 ans ? La réponse dépend en grande partie de la position que l'on occupe par rapport au contenu même de cette définition.

La plupart des adeptes professionnels de la promotion de la santé – en particulier les préventionnistes pris dans le carcan de leur croyance et de leur bonne foi – considèrent comme des irresponsables ceux qui dénoncent la médicalisation du champ social⁸ et parlent d'idéologie de la santé comme Petr Skrabanek⁹.

Il est évident que, pour ces adeptes, nous sommes très loin de l'idéal que l'OMS s'est fixée en 1946 et ce n'est pas la médicalisation qu'ils dénoncent (d'ailleurs ils ne semblent pas la voir). D'un autre côté, on observe une forme de critique de la médicalisation envisagée essentiellement sous l'angle financier pour des motifs de bonne gestion économique sans qu'une analyse soit faite des déterminants les plus profonds des comportements de "sur-consommation" médicale ; sans voir notamment que la conception de la santé positive, faisant entrer dans le champ de la santé tout ce qui peut avoir un effet positif sur l'état du corps et de l'esprit, sur les sensations et les sentiments qui s'en dégagent sont autant d'incitations à répondre aux sollicitations venant de tous ceux qui ont intérêt au développement de cette médicalisation.

DE LA DÉFINITION OFFICIELLE

A LA DÉFINITION PROFANE

Peut-on donner une définition générale de la santé ? L'exercice est difficile, voire parfois impossible pour ces 76 passants, choisis au hasard dans Paris, et qui ont brièvement répondu à l'interrogation d'un enquêteur sur leur définition de la santé et de la bonne santé.

D'autres s'y sont pourtant essayé avant eux¹⁰, à commencer par l'Organisation Mondiale de la Santé. Si l'on se réfère à sa définition de 1946, au moment de sa création, on peut considérer que celle-ci est plus extensive que la définition qu'en donne la plupart des dictionnaires qui définissent la santé en mettant l'accent sur le bon état physiologique de l'organisme ou sur son "fonctionnement régulier et harmonieux sur une période assez longue" (Robert). La santé est aussi définie comme un "état d'équilibre de l'organisme" et, par opposition, la maladie est une "altération de cet équilibre" (Larousse).

Un sondage réalisé par la Sofrès, en décembre 1994, auprès d'un échantillon représentatif de la population mettait en évidence que le premier souhait des Français, toutes catégories d'âge confondues, était de "rester en bonne santé"¹¹ montrant ainsi la primauté accordée à la santé sur nombre de problèmes du quotidien. Dans le cadre de ce sondage Sofrès, la question posée concernait la conservation de la santé et non "la santé". L'objectif est le même dans ce micro-trottoir où l'enquêteur a systématiquement demandé à chaque passant : "Pour vous, être en bonne santé c'est quoi ?", ne posant la question sur la définition de la santé qu'après avoir obtenu une réponse à sa première interrogation (voir, supra, la présentation faite par P. Aiach).

Un ensemble de définitions profanes spontanées émergent de ce micro-trottoir parisien et leur analyse permet de relever différents éléments relatifs aux représentations et aux comportements liés à la santé. Deux tendances peuvent s'observer entre ces définitions. Un premier groupe de réponses fait mention de la santé par absence de maladie ou de symptômes, c'est-à-dire en s'attachant à des critères biologiques. L'autre groupe a une perception de la santé plus subjective, voire plus sociale et fait alors référence à la forme et au moral pour définir la bonne santé.

De la santé à la bonne santé, la santé comme valeur positive.

On a la santé quand "on est en bonne santé", explique un interviewé. A ce titre la santé est définie par les personnes interrogées comme une valeur positive.

Déjà en 1943, Georges Canguilhem¹² dans son premier "Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique" notait : "L'homme ne se sent en bonne santé – qui est la santé – que lorsqu'il se sent plus que normal – c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences."

Cette identité entre la bonne santé et la santé est mentionnée à plusieurs reprises parmi les passants interrogés. La santé est conçue comme une situation

positive, certains parlant même de “très bonne santé”, la maladie et son cortège de maux étant le pôle négatif de cette situation.

Ainsi à plusieurs reprises, la santé est notée comme valeur première, dans les expressions “la santé, c’est capital, essentiel, primordial, fabuleux, le principal, c’est quelque chose de bien...”

Les réponses des passants qui positivent ainsi la santé montrent qu’elle apparaît en fait comme un capital ; capital dont on dispose, que l’on ne sait pas toujours bien gérer si l’on en croit les personnes malades, capital que beaucoup s’efforcent d’améliorer en prenant soin de leur aspect et surtout de leur condition physique.

De la santé du médecin à la santé du malade

“La santé, c’est la vie dans le silence des organes” dit René Leriche.¹³ Dans une conception semblable de santé par absence subjective de maux, le Docteur Knock, imaginé par Jules Romain, attribue l’épigraphe de sa thèse à Claude Bernard et lui fait ainsi dire : “Les gens bien portant sont des malades qui s’ignorent”.¹⁴

Ainsi, il n’y aurait pas, selon ces auteurs, de véritable état de santé. On peut donc reprendre la distinction de Leriche entre la “maladie du malade” et la “maladie du médecin”, mettant en évidence la différence entre la perception que l’individu peut se faire de sa santé par l’absence de douleurs indicatrices de maladie et l’état de santé tel que le décrète le médecin à partir de son observation clinique ou d’examens biologiques.

Une seule personne interrogée dans le cadre de ce micro-trottoir fait la distinction entre l’état de santé défini par le médecin (*disease*) et la santé telle qu’elle la définit et la ressent au quotidien (*illness*).

“Quand un médecin me dit que je suis en bonne santé, c’est qu’il a fait un bilan, qu’il m’a examinée et que selon ses critères médicaux, rien ne cloche. Pour moi, c’est que je suis en forme, pas fatiguée, bien dans ma peau psychologiquement et physiquement, que je n’ai ni douleur, ni malaise, c’est plus flou, plus subjectif...” (femme, 25/30 ans).

Cette jeune femme fait la différence entre la santé “au plan médical” et le sentiment pour l’individu d’être “en bonne santé” .

Les autres passants interrogés se rapprochent plutôt de l’idée exprimée par Leriche.

La santé par l’absence de maladie

Cette distinction est opérée de fait par plus de la moitié des personnes interrogées qui définissent la bonne santé ou la santé par l’absence de maladie et/ou de douleurs – 30 passants sur les 76 interrogés répondent : “Être en bonne santé, c’est ne pas être malade”.

On peut considérer à partir de ces réponses que la santé est plus une dimension qu’un état. La maladie est un état. La santé c’est une dimension de l’individu, celle de sa liberté à être, dans ses mouvements, ses pensées.

Cela se caractérise par une capacité d’autonomie, d’indépendance, vis-à-vis des activités quotidiennes, mais aussi vis-à-vis des êtres et des choses, vis-à-vis du médecin, comme de l’entourage familial ou amical dont on n’a pas besoin si on a la santé, vis-à-vis des médicaments, des traitements, des soins.

La santé, à partir des définitions énoncées, se définit comme la capacité nécessaire pour être libre de penser, d'agir, de vivre. Dans cette référence à la santé comme liée à la capacité d'agir, on retrouve parmi nos interviewés plusieurs références à la jeunesse comme situation optimale :

"Être en bonne santé, c'est être jeune, quel que soit l'âge qu'on a" explique un homme de 70 ans. Un autre, sensiblement du même âge, indique : la santé, *"ça évoque surtout quand j'étais jeune, je faisais du sport, je n'étais jamais fatigué"*. Pouvoir aller faire son marché ou aller se promener dans la rue est ainsi pour les personnes âgées un signe de santé, voire de bonne santé, même si elles se réfèrent à leur jeunesse comme pour se rappeler "l'essence" même du terme santé.

Ainsi on constate que la bonne santé est une définition qui évolue en fonction de l'âge des gens. Ce n'est pas une définition statique. Par exemple, l'homme de 70 ans dit à l'enquêteur qui lui demande s'il est en bonne santé *"pour mon âge, oui"*. Un autre passante, la cinquantaine, explique *"à mon âge, être en bonne santé, c'est bien dormir"*.

Cette capacité d'agir, l'âge va venir l'entraver, chacun va devoir gérer cette nouvelle dimension de la liberté d'être.

On constate que pour les personnes malades ou en traitement, la maladie n'empêche pas la santé. Comme pour l'âge, les individus réadaptent leur perception de la santé en fonction de la maladie et de sa gestion dans le temps.

Cette variabilité dans la définition de la santé se retrouve en effet également chez les personnes malades. Pour certaines d'entre elles, interrogées dans les allées d'un hôpital parisien, il n'y a pas de définition de la bonne santé : *"Être en bonne santé, ça n'existe pas à mon avis. Tout le monde a des problèmes. Même si physiquement quelqu'un se sent bien, il peut être moralement malade. (...) Être vraiment bien tous les jours, non, c'est impossible"*.

Ce sont également ces personnes, atteintes par la maladie, qui affirment avec le plus de conviction, la suprématie de la santé sur les contingences et les problèmes de la vie sociale quotidienne.

Être malade permet aussi de relativiser la notion de bonne santé entendue en tant qu'optimum de capacité à vivre et à agir. Les personnes qui se déclarent malades, dans le cadre de l'interview, expliquent fréquemment que l'on peut rester actif, conserver ses rôles sociaux sans avoir *"100 % de ses facultés"*. Les personnes malades ne veulent pas être contraintes à une situation de marginalité sociale. Cela est lié, à mon sens, à une évolution de la gestion médicale de la maladie et en particulier des maladies chroniques, auxquelles on assimile de plus en plus l'infection à V.I.H. dans nos sociétés occidentales.

La santé comme mode de vie

"La santé, c'est un mode de vie" explique ainsi une femme de quarante ans. Par cette expression, elle veut englober, tant les conditions de vie que lui offre le fait d'être en bonne santé, que les comportements qu'elle adopte au quotidien pour, selon son expression, garder la forme : *"Je mange des légumes frais, je fais attention à ce que je mange"* explique-t-elle.

Par cette attitude, elle rejoint en cela de nombreuses personnes interrogées qui lient santé et alimentation.

La santé définie comme mode de vie, implique néanmoins, on peut le noter à travers les réponses, une vie quotidienne faite de surveillance, de contraintes, de sport ou d'activités physiques. Les individus considèrent qu'ils doivent préserver, voire améliorer leur capital-santé.

La notion de "soins médicalisés" apparaît peu dans l'auto-surveillance de la santé ou sa prévention, même si de nombreuses personnes disent avoir vu leur médecin récemment. Ces personnes font surtout référence à une hygiène de vie.

Ce souci de surveiller son alimentation se retrouve chez les quelques adolescents interrogés lors du micro-trottoir :

- être en bonne santé : c'est manger équilibré, surveiller son poids, sa taille. on fait du sport, avoir un bon physique (homme, 12 ans) ;
- bien manger surtout... faire ce qui est bon (homme, 12 ans) ;
- c'est important de bien vivre, de bien faire son régime (homme, 12 ans) ;
- faire attention à ce que l'on mange, à ce que l'on boit (homme, 12 ans).

On peut considérer qu'il y a une empreinte normative dans nos sociétés occidentales de l'image de la santé liée à l'image du corps en "bonne santé" auquel ne résistent pas même les plus jeunes, si l'on en croit leur référence constante à la surveillance de l'alimentation dans leur conception de la santé¹⁵. Image d'un corps jeune, dynamique, sportif à l'exemple des corps et visages des jeunes gens que diffusent les publicités telles celles vantant les produits Coca-cola ou Hollywood Chewing-gum. Cette image sociale du corps sain impose un corps mince et sportif, à tout âge. On la retrouve chez plusieurs personnes interrogées même si la notion de poids n'est jamais évoquée.

La santé est ainsi définie par le "bien" manger. Le bien-manger est-il alors lié à une alimentation "surveillée" ou "copieuse" ?

A Paris, dans ce micro-trottoir, alimentation, surveillance, voire régime, sont fréquemment liés pour définir un bon état de santé ; la réponse serait-elle la même aujourd'hui en milieu rural ?

Par ailleurs, en un demi-siècle, la conception du rôle de l'alimentation semble avoir changé. Hier, il fallait beaucoup manger pour être en bonne santé, aujourd'hui il faut manger mieux. Mais dans le discours des passants, le mieux est plus souvent associé à l'idée de "moins" qu'à la notion de qualité, de finesse des produits ou encore de produit naturel.

Pour la plupart des personnes interrogées, la bonne santé est ainsi liée à la santé au plan individuel. La place de la prévention dans le système de santé français est réduite puisque seulement 2 % du budget annuel de l'assurance maladie est consacré à la prévention. Cette déconsidération de fait au plan collectif semble moins partagée au plan individuel puisque les personnes interviewées perçoivent leur santé comme un bien capital qu'elles s'efforcent de conserver, voire d'améliorer. Cette conception de la prévention comme mode de vie a été dénoncée comme étant une construction médicale et culturelle¹⁶. De la même façon sont dénoncées les pratiques culturelles, mais souvent aussi économiques, qui tendent à médicaliser certains problèmes de santé de manière plus forte dans un pays, plutôt que dans un autre¹⁷.

Les personnes interrogées, par leur discours sur leurs pratiques d'auto-surveillance au quotidien, confirment cette tendance à médicaliser pour tendre vers la bonne santé.

Cette conception de la santé liée à l'apparence physique sera également mise en évidence par un passant qui considère que la santé dépend également du revenu dont l'individu dispose. *"Les riches sont plus beaux que les pauvres car ils ont les moyens financiers pour soigner leur corps. A Aix-en-Provence, les gens sont plus beaux qu'à Charleville-Mézières"*, explique-t-il.

Nous sommes là dans le domaine des représentations qui recouvre néanmoins quelques réalités sociologiques.

Cette représentation de la santé liée au revenu est peu fréquente dans les définitions de la santé données dans le cadre de ce micro-trottoir. Quelques-uns font état de la couverture sociale, parfois pour mettre en évidence, avec quelques connotations racistes, les libéralités de la sécurité sociale en matière de prises en charge des soins hospitaliers mais parfois également pour faire le parallèle avec les systèmes de couverture sociale d'autres pays occidentaux qu'ils considèrent alors, dans la perspective de l'intégration européenne, moins avantageux et généreux.

La santé, comme valeur travail

La relation travail/santé est généralement perçue comme dialectique. Condition nécessaire au travail, la santé dépend aussi de la représentation de chacun sur l'individu en société. Un individu en âge de travailler, s'il est au chômage, s'il est malade et ne peut travailler, est un individu déclassé, marginalisé, dans notre société capitaliste et individualiste. Un individu qui ne peut travailler va le ressentir psychologiquement et cette situation rejaillira négativement sur sa santé. Peut-on aller jusqu'à dire que cette apologie du travail fait du chômage une maladie ? C'est ce qu'affirme cette passante, la trentaine, *"le chômage c'est la même chose que la maladie"* et ce que semble penser également ce passant, la cinquantaine, qui explique : *"A partir du moment où on a une activité professionnelle on se trouve encore mieux dans la société, dans sa peau, ça fait un équilibre harmonieux. L'activité c'est ce qu'on a inventé de mieux pour être en bonne santé, c'est pour ça que le chômeur est à plaindre."*

L'impact de l'absence de travail sur le moral, et donc sur sa santé, est affirmé par tous. Dans les années 70, un chanteur humoriste avait fait un succès en affirmant : *"Le travail c'est la santé, ne rien faire c'est la conserver"*. Assurément la période d'expansion économique des Trente glorieuses est bien loin et la relation de l'individu au travail a évolué. Aujourd'hui, plus que la précarité économique, c'est l'exclusion sociale et sa cohorte de maux physiques et psychiques que risque de provoquer le chômage que chacun semble redouter.

L'absence de santé va jouer sur le moral, cette relation entre psychique et santé est régulièrement mentionnée sur un plan plus général.

Avoir la pêche : la santé liée à la forme et au moral

La santé se constate : *avoir la pêche, être en forme*. C'est aussi quelque chose que l'on ressent : les passants disent souvent : *se sentir en forme, se sentir bien*.

Pour de nombreux passants interrogés, la bonne santé est liée à la forme et au moral.

Une femme à la retraite explique : *"En vieillissant on a des petits maux dans le dos. Il ne faut pas y penser tout le temps. Automatiquement on est mieux dans sa peau."*

La relation entre physique et psychique se résume pour certains dans l'expression utilisée pour définir la santé : *"Un corps sain dans un esprit sain"*. D'autres

sont plus explicites. Une jeune femme, la trentaine, définit ainsi la santé : *“Que tout fonctionne parfaitement bien à l'intérieur du corps et même dans la tête”*. Un homme, la quarantaine, définit la conception de la bonne santé par *“être heureux, avoir le sourire”*. Une *“new-yorkaise”*, de 60 ans précise : *“Être en bonne santé c'est se sentir très bien, avec un esprit fort, de l'optimisme, de l'énergie”*.

La référence à l'énergie, à la forme est également fréquente dans des expressions telles que : *Être en forme, se sentir en forme* de même que *être bien dans sa peau*. Plusieurs personnes vont ainsi définir la bonne santé : *“C'est me réveiller le matin et me sentir bien, savoir que la journée va démarrer sans problème”* explique une femme de 40/45 ans.

Forme et moral s'envisagent aussi au quotidien dans les relations entretenues avec les autres. Même si cette référence est moins fréquente, la santé est définie par plusieurs personnes interrogées par le rapport aux autres. Un homme de 25 ans environ, répondant à la question sur sa définition de la bonne santé explique : *“J'ai du boulot, je m'entends bien avec ma femme, on gagne notre vie honnêtement, on n'a pas de problèmes de santé”*.

De la forme à la sensation d'être bien dans sa peau ou au fait de ne pas avoir de problèmes, la santé est ainsi définie par le sentiment de *“bien-être”*. Cette conception de la santé est, on le voit, très proche de la définition énoncée par l'O.M.S.

Pour Galien, la santé était *“un état dans lequel nous n'éprouvons pas de douleur et ne sommes pas entravés dans les fonctions de la vie quotidienne”*. Cette définition de la santé s'est élargie au fil du temps. L'analyse des réponses à ce micro-trottoir montre qu'aujourd'hui la définition profane de la santé est plurielle. Chacun l'exprime en fonction de son capital social et culturel et, donc, de sa capacité plus ou moins grande à l'abstraction et à la conceptualisation. On constate ainsi que les passants énoncent différents attributs pour expliquer et définir la santé. Cette pluralité doit être comprise comme autant d'attentes à satisfaire ou à réaliser pour gagner **“en qualité de vie”**. Cette définition extensive, qui n'est pas liée qu'à l'absence de maladie, témoigne aussi d'une forme d'exigence qu'ont les individus vis-à-vis d'eux-mêmes à travers leur corps. C'est également une exigence implicite envers la société largement médicalisée dans laquelle ils vivent.

Cette conception de la santé que l'on pourrait considérer comme purement liée au contexte sanitaire et économique français semble plus largement partagée. Ainsi dans le cadre d'une enquête récente sur les populations camerounaises Peuls et Haoussa habitant la ville de Garoua au Nord-Cameroun, les personnes donnent une définition de la santé, proche de celle obtenue dans le cadre du micro-trottoir parisien : avoir une bonne santé, *“c'est quand on n'est pas malade et qu'on ne souffre d'aucun mal. On dort bien. On travaille bien. On a sa force physique, sa mémoire, un esprit humain dans la société”*.¹⁸ C'est un modèle de réponse fréquemment cité, exprimé aussi par cette définition : *“Être en bonne santé c'est pouvoir faire tout ce que l'on veut dans le juste chemin de Dieu”*. Hormis la référence à Dieu, cette définition reprend nombre d'expressions employées ou d'idées développées par les passants parisiens.

On s'étonnera néanmoins que dans les définitions de la santé/bonne santé du micro-trottoir, la référence à la maladie soit absente dans environ une réponse sur deux. Pourtant les travaux des anthropologues et des sociologues montrent que la maladie constitue un événement élémentaire, qui met en jeu la vie des individus. La maladie, événement perturbateur de l'ordre du quotidien, implique une recherche de sens dans toutes les sociétés, même si elle est perçue de manière différente selon les populations¹⁹. Aussi, une définition de la santé aujourd'hui, même quand elle se veut, comme c'est le cas de la définition de l'OMS, un projet pour des sociétés en devenir²⁰, ne peut pas, au risque d'être incomplète, évacuer la référence à la maladie et donc implicitement à sa prévention tout autant qu'à sa guérison.

Notes et références bibliographiques

- 1 Nous remercions vivement les responsables de l'exposition l'Homme et la santé, organisée par la Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette en avril 1993 (en particulier ceux de l'équipe du tournage) d'avoir accepté de nous prêter les cassettes vidéo de ce micro-trottoir.
- 2 Cette démarche, banale pour un chercheur en sciences sociales, semble absente chez bon nombre d'observateurs de la vie sociale et politique, essayistes et philosophes d'occasion, faisant des diagnostics pessimistes ou euphoriques sur l'état des mœurs, le sens des valeurs, le bonheur ou le malheur des Français.
- 3 Pierre Aïach, 1981, Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes, in, Les Colloques de l'INSERM, Conception, mesures et actions en santé publique, INSERM, Vol. 104, 357-376.
- 4 Le classement en "Ouvriers", "Employés" et "Cadres" avait été opéré en fonction d'une note synthétique obtenue sur huit critères de sélection (profession et niveau d'instruction du sujet, de son conjoint et de ses parents, niveau de revenu, etc.).
- 5 Dans l'enquête à laquelle je me suis référé au début de cet article, le pourcentage des sujets ayant parlé de bien-être était presque le même puisqu'il était de 26 % (13 % pour les "Ouvriers", contre 35 % pour les "Employés" et 30,5 % pour les "Cadres").
- 6 Dans un document ronéoté non publié, intitulé "La santé publique et la protection sociale dans l'espace public de la santé et du social. Les magazines de la « santé et de la forme », IMAGICIEL ; Antoine Bouillon, octobre 1991, il est fait état de l'existence de 12 principaux titres en 1989 qui concernaient 1,5 millions de personnes, soit environ 6,5 millions de lecteurs. L'auteur parlant du magazine *Santé Magazine*, écrit : "Il est représentatif comme « vital », d'une certaine presse de la santé dérivant sur la vague de la forme, de l'épanouissement de soi, du plaisir et s'affirmant sur le créneau féminin. Il est lu aux deux-tiers par des femmes et presque également par les divers groupes d'âge".
- 7 Ces résultats sont donnés dans le document IMAGICIEL qui vient d'être évoqué.
- 8 La médicalisation a été le thème des rencontres d'ERASME en 1995/1996, organisées au sein de l'association par P. Aïach et D. Delanôé. Un livre reprenant l'ensemble des contributions doit paraître en 1997 aux éditions Anthropos/Economica.
- 9 Dans son livre "The death of human medicine and the rise of coercive healthism", publié en 1995 (Odile Jacob) sous le titre "La fin de la médecine à visage humain", il écrit, à propos de la définition de la santé de l'OMS : "L'idée de super-santé prônée par Phillips a été reprise dans les statuts de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946. La santé y est définie « non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité », mais « comme un état de bien-être physique, mental et social ». Sensation que le commun des mortels peut connaître brièvement pendant l'orgasme ou sous l'influence de drogues..".
- 10 Georges Vigarello, 1993, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Le Seuil, Paris.
- 11 Enquête publiée dans le supplément hebdomadaire du *Figaro* : 82 % de réponses concernant la priorité accordée "à la bonne santé" chez les 25-34 ans. Dans le cadre d'un sondage à questions fermées, "rester en bonne santé" était proposé parmi une dizaine de souhaits prioritaires pour 1995.
- 12 G. Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, PUF, coll. Quadrige, 1984 (1^{re} édition 1966) p. 132.
- 13 R. Leriche, 1936, Introduction générale ; de la santé à la maladie ; la douleur dans les maladies ; où va la médecine ? *Encyclopédie française*, t. VI.
- 14 Jules Romains, 1924, *Knock ou Le triomphe de la médecine*, Gallimard.
- 15 S. Jutras, J. Bisson, 1994, La conception de la santé chez des enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé in : *Sciences sociales et santé*, vol. XII, 2, 6-41.
- 16 N. Bensaid, 1981, *La lumière médicale, les illusions de la prévention*, Le Seuil, Paris.
- 17 L. Payer, 1989, *Dis-moi comment on te soigne*, First Documents, Paris.
- 18 J.-G. Gauthier et alii, 1992, *Appréhension subjective et vécu social du sida dans des populations urbaines et rurales du Cameroun et du Togo*, CNRS, Rapport ANRS-ORSTOM, p. 10.
- 19 M. Augé, C. Herzlich, 1984, *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, Paris, 278 p.
- 20 L'objectif défini pour l'Organisation Mondiale de la Santé consiste à amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

PREVENIR



N°22 - 1^{er} semestre 92

L'ÉTHIQUE, L'HOMME, LA SANTÉ

SOMMAIRE

D. DURAND,
L'éthique, l'homme, la santé

L. SEVE,
Qu'est-ce que la personne humaine ?

D. LE BRETON,
Le corps surnuméraire : éthique et modernité

E. HIRSCH
Humanité et dignité

T. DAMERVAL,
Programmes "génomés" : la santé à l'échelle industrielle

C. SINDING,
Prévoir pour prévenir ?
Les concepts de maladie et de santé dans la médecine prédictive

B. GRANGER, A. KLARSFELD
La médecine prédictive, pour quoi faire ?

D. THOUVENIN,
Les projets de loi sur le corps humain :
des principes généraux pour une législation spéciale

Projet de loi, relatif au corps humain

Projet de loi, relatif au don et à l'utilisation des éléments
et produits du corps humain et à la procréation médicalement assistée

G. DAVID
Entretien : il est pervers de développer un marché du corps humain

C. LOUBIERE,
Témoignage : Vivre avec la maladie,
transformer la peur en épanouissement du malade

J. AMINOT,
Témoignage

J.-P. MOATTI, V. SERROR, C. LE GALES,
L'évaluation du dépistage prénatal des anomalies chromosomiques :
l'économie au secours de l'éthique

J.-C. STEPHAN,
L'éthique médicale et l'économie

Lectures, La rédaction a reçu

Le numéro 22 = 130 F

Abonnement pour 2 numéros (21 et 22) : 200 F

Abonnement pour 4 numéros (21,22,23,24) : 390 F

PREVENIR-CVM, B.P. 92, 13362 MARSEILLE Cedex 10

LES TRAITES DISCRETS DE LA SANTÉ

ET DE LA PRISE EN CHARGE DU MALADE

DANS UN VILLAGE DU MALI

La santé programmée

C'est une banalité de l'écrire : l'Afrique est un des "terrains" du développement, et le Mali n'échappe pas à cette règle. En effet, depuis le début du vingtième siècle¹, la santé a été un enjeu "pour amener ces régions à comprendre les bienfaits de la civilisation et pour les faire bénéficier des progrès de la science..."². Cette idée générale a connu de nombreux avatars allant d'une valorisation de la force de travail – "la nécessité de conserver et d'augmenter le capital humain pour faire fructifier le capital argent"³ – jusqu'à la mise en œuvre d'une politique de pacification où, comme l'affirmait le Colonel Lyautey, "quatre médecins valent quatre compagnies"⁴, puis au ressenti d'une dette après les lourds sacrifices imposés aux populations africaines lors du deuxième conflit mondial. L'indépendance vit surgir d'autres discours et pratiques, sans que coïncident cependant strictement les affirmations idéologiques et l'allocation des financements⁵. Se succédèrent alors divers paradigmes⁶ : hospitalo-centrisme, soins de santé primaires, grands programmes, participation communautaire, recouvrement des coûts, médecins de campagne, centres de santé, etc. L'amélioration de divers indicateurs épidémiologiques atteste, à défaut d'efficacité, d'une certaine efficacité des efforts accomplis. Deux points sont cependant à souligner. Première-

Yannick JAFFRÉ, Anthropologue,
Unité de Recherche en Anthropologie de la Santé,
Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie - Bamako - Mali

rement, d'un point de vue thématique, ces actions, et les analyses qui en furent faites, reposent globalement sur un "populisme idéologique"⁷ usant très largement de stéréotypes définissant tour à tour les populations comme altruistes, dominées, rebelles, participantes, etc. Nous ne traiterons pas ici de ces travers déjà largement documentés⁸. Deuxièmement, la structure des textes organisant un programme autour de ces objectifs, bien que se présentant sous les auspices de "l'analyse scientifique", correspond à une forme narrative proche de la tragédie ou du récit d'aventure⁹ : une situation de déséquilibre est rétablie par la venue d'un projet qui entraîne une amélioration de divers paramètres socio-sanitaires. En liant, comme un roman, thèmes, personnages et intrigue, un programme de développement devient vraisemblable. Il n'empêche que, le plus souvent, ce vraisemblable n'est autre que l'adhésion au système d'expectative le plus habituellement partagé dans les milieux¹⁰ de la coopération et du développement. En fait, un projet doit produire de la redondance : il ne doit pas raconter de l'inconnu mais confirmer du déjà "connu", préférant ainsi des conceptions simples à la complexité d'un référent social. Bref, a minima, ce discours du développement sanitaire comporte trois caractéristiques : il définit la santé en fonction de la maladie, il considère diverses populations de manière globale, il use d'une temporalité linéaire supposée homogène avec celle du progrès. Ce faisant, il ne s'accorde que très partiellement avec les diverses pratiques de santé communément vécues.

L'anthropologie de la santé s'est constituée en dissociant cette vision unitaire et en spécifiant notamment dans l'ensemble pathologique : le biomédical (*disease*), le social (*sickness*) et le psychologique (*illness*)¹¹. Les deux premiers termes de cette triade furent largement commentés, soit pour souligner l'hétérogénéité du discours médical et les questions de légitimité du diagnostic, soit par de nombreuses illustrations des diverses représentations de la maladie. Par contre, le domaine de la psychologie normale et les formes de prise en charge des personnes souffrantes, bien qu'importantes, n'ont été que peu explorés.

Nous tenterons ici, sans souci d'exhaustivité, de rendre compte de quelques-uns des aspects discrets de la santé et de l'accompagnement quotidien des malades tels qu'ils sont vécus dans un petit village malinké situé à une cinquantaine de kilomètres de Bamako. Plus que des descriptions de pratiques, il s'agit ici de discours énonçant des normes de conduite. Paroles banales, les thèmes que nous évoquons ne résultent pas d'une enquête mais du recueil de propos échangés, de bribes de discussions libres soustraites à l'oubli. Un proverbe bambara souligne que "le monde est une longue conversation". Ainsi, ces quelques dires seront-ils toujours inachevés.

Fragments d'un discours populaire concernant la santé et la prise en charge du malade

Face à des programmes techniques, avant tout définis par la globalité de leurs objectifs, les propos que nous avons recueillis relèvent du fragmentaire de plusieurs manières. Premièrement, par la multiplicité des acteurs intervenant dans le domaine de la santé¹². Ainsi, dans cette petite collectivité de huit-cents habitants, se côtoient divers guérisseurs : devin (*filèlikéla*, lit celui qui regarde), chasseur (*donsokaramògò*), imam (*mori*), matrone et hygiéniste, maniant, souvent de manière syncrétique, de multiples systèmes interprétatifs. Ensuite par le jeu des

âges, des mémoires et des sexes percevant et décrivant différemment outre la maladie, ce qui “était avant” et ce qui a changé. Ainsi, aux propos d’une femme évoquant les modifications dans les manières d’accoucher, répondent ceux d’hommes jeunes parlant de progrès techniques d’exhaure de l’eau, ou de vieux désignant d’anciennes conceptions comme des croyances erronées. Enfin, par la multiplicité des émotions que chacun peut ressentir lors d’une maladie. Ces sentiments sont le plus souvent non entendus puisque “le malade doit suivre sa maladie là où on la traite dans les entreprises spécialisées où elle est aussitôt transformée en un objet scientifique et linguistique étranger à la vie et à la langue quotidiennes”¹³. Considérées comme un reste, ces paroles singulières dessinent pourtant les contours d’une activité signifiante commune ordonnée autour de quelques notions.

Lafiya (le bien-être) : Bien qu’en langue bambara, comme dans de nombreuses langues, ce terme puisse s’appliquer à d’autres domaines comme à propos de la fraîcheur d’un aliment ou la vigueur d’un végétal, la santé et la guérison se disent d’un même mot : *kènèya*. D’un point de vue médical, divers indicateurs épidémiologiques permettent d’en évaluer la qualité parmi une population en fonction de mesures objectives. Nos interlocuteurs, quant à eux, préfèrent englober cette entité dans l’ensemble plus vaste du “bien-être” (*lafiya*) : “Le bien-être contient la santé”. Cette dernière notion contient l’idée d’une absence de maladie, mais ne s’y limite pas. Elle inclut en effet, dans une société connaissant la pénurie, la capacité de nourrir sa famille et de prendre soin de ses proches : “La maladie empêche de se bien sentir, mais la misère aussi”. D’autres critères sont requis, comme une entente dans la famille résultant de l’accomplissement par chacun des tâches liées à son statut : “La femme peut priver son mari du bien-être, l’homme aussi peut le faire pour sa femme”. Enfin, procédant de ces diverses contraintes, se sentir bien c’est aussi ne pas connaître le souci : “Ressasser de mauvaises pensées est une maladie”. Si l’ensemble de ces conditions sont réunies, “l’âme est en paix” et le “bonheur est présent”.

Miiri (la pensée douloureuse) : à l’opposé de la quiétude, c’est le ressassement des problèmes ; “la maladie n’est pas que dans le corps, la pensée aussi aggrave la maladie. Si ta pensée est de savoir si tu vas vivre ou pas, cette pensée va aggraver ta maladie”. Certaines douleurs sont présentées comme plus vives que la maladie, – “Ne pas enfanter est plus douloureux que toutes les maladies” – et peuvent même conduire à la folie : “Il y a des femmes, elles n’ont pas d’enfant. Elles pensent jusqu’à perdre la tête”. Enfin, cette notion englobe aussi les difficultés du travail de deuil : “Si un enfant meurt, le souvenir est plus douloureux que pour une personne âgée”.

Hakili (la mémoire, le souvenir, l’intelligence) : face à la douleur, il peut être fait appel à la raison : “Tu peux appeler quelqu’un pour le faire raisonner”. Cependant devant l’inéluctable, toute mémoire devient douloureuse : “Si un enfant meurt, lorsque tu vois ses amis, tes souvenirs te mènent à lui”. La dissimulation des témoignages d’une vie disparue est alors de mise : “Si une personne meurt, tu dois cacher sa photo”.

Jòrò (craindre) : cette inquiétude peut trouver naissance dans le souvenir d’une précédente maladie et constituer ainsi un “mémorial”¹⁴ singulier. Ce sentiment peut aussi provenir de la valeur pronostique du diagnostic médical. Confronté à la maladie, le savoir médical peut, en effet, se présenter comme oraculaire. Il dit ce qui peut advenir et ce qui se déroule, bien qu’en son corps, à l’insu du malade.

De ce fait, la consultation et le diagnostic sont sujets d'appréhension : "Si tu vas au dispensaire, le médecin te dit, fais ceci ou ne le fais pas, tu crains que ta maladie ne s'aggrave".

Laadi (conseiller) : une des principales fonctions du "groupe organisateur de la thérapie"¹⁵ est de conseiller le malade, et notamment de l'aider à choisir entre les diverses possibilités thérapeutiques qui lui sont offertes : "Le premier vrai remède est de conseiller le malade".

Kule, kasi (crier, pleurer) : la vie quotidienne impose une grande réserve quant à l'expression de ses sentiments. Il n'en va pas de même pour celui qui souffre : "Si tu es malade, il n'y a pas de honte à pleurer. Si la maladie est dure, tu pleures ; si c'est fini tu te tais". Cette liberté d'exprimer sa souffrance s'applique aux deux sexes : "Les hommes et les femmes crient".

Naani (consoler, cajoler) : face à cette souffrance, diverses actions peuvent être entreprises par l'entourage. Elles consistent essentiellement à prendre soin du malade : "Si tu as un enfant, s'il est malade, tu le cajoles, tu le laves bien, et tu le fais jouer avec toi". Cette attitude s'applique globalement à toutes les personnes. Ainsi, sans honte (*maloya*), "l'épouse peut consoler son mari".

Nègèn (distraindre et consoler) : strictement et dans son acception la plus courante, ce verbe signifie "tromper", "rouler" quelqu'un. Face à la maladie, il faut distraire la personne de son mal, lui "donner le change" : tu consoles le malade avec des petites conversations. Cette attitude s'impose particulièrement face à la douleur. En effet, "la personne qui a mal, crie et pleure. Celui qui est à ses côtés pour la surveiller, il doit la consoler pour qu'elle s'arrête. S'il réussit, la douleur aussi partira".

Munyu (aider à supporter) : si l'acte médical est en général bref, technique, vivre avec la maladie impose la pratique d'une grande patience et de supporter la douleur. Ainsi que le précisent nos interlocuteurs, prodiguant de ce fait quelques conseils critiques aux personnels soignants : "Les soignants provoquent la honte des malades. Ils ne s'en occupent pas bien, ils leur disent des paroles méchantes. Ils doivent aider le malade à supporter son mal, parce que les malades sont comme fous. La douleur qu'ils ressentent, eux, ils la connaissent".

Jigi tugu kumaw (paroles d'espoir) : il importe de préserver l'espoir. Pour ce faire, la vérité peut être tue : "je rassure en disant, la maladie que tu as n'est pas grave, elle va guérir" ; "Les paroles angoissantes, je ne les dis pas, je ne dis que ce qui peut donner l'espoir" ; "Même si tu ne trouves pas de médicaments, tu peux rassurer, cela chasse un peu de la maladie".

Lamaloya (faire honte) : si l'attitude requise face au malade est donc de soutien et de commisération, les rapports avec les services de santé ne sont cependant pas exempts de violence symbolique : "Des soignants font honte aux malades. Ils se fâchent contre eux. Ils ne s'occupent pas bien des malades, ils leur disent des choses méchantes. L'opposition est marquée entre ceux qui "consolent les patients et ceux qui leur parlent vertement", qu'ils soient des agents des services de santé ou des villageois : "Si on accouche au dispensaire, si tu es malade, ils te soignent. Mais les vieilles accoucheuses, elles ne soignent pas. Même l'accueil, au dispensaire c'est plus simple".

Sa (mourir) : deux morts sont distinguées. L'une, celle d'un ancien, correspond à un destin social accompli. L'autre, celle d'un enfant, provoque une souffrance plus vive. Le jeune n'a pu ni connaître le monde, ni s'y prolonger par une action

ou une descendance. L'intimité du sentiment douloureux est à l'opposé de l'ostentation des cérémonies de deuil : "Si un vieux meurt, il a vécu sa vie, la douleur est moins grande que pour un enfant. Si un vieux meurt, on prévient tout le monde pour venir à son enterrement. Pour un enfant on appelle sa famille, on fait juste des bénédictions. Si tu vois que l'on prévient pour le décès d'un vieux, c'est qu'il a connu beaucoup de monde. Il faut donc les réunir. L'enfant n'a pas connu le monde, cela est ainsi quoi que tu fasses, c'est pourquoi la douleur est violente".

Ces termes, liés à quelques attitudes populaires de soins et de prise en charge des malades, sont bien banals. Ils nomment des gestes et des sentiments quotidiennement vécus. Ils n'en constituent pas moins une partie d'une grille sémantique de la santé et de la maladie, qui déborde une stricte description linguistique en dévoilant des normes de conduite et des formes spécifiques de sociabilité attachées à la préservation de la santé ou à l'appropriation de la souffrance. En fait, cette énumération, simple ponctuation des discours quotidiens, vise à en dévoiler les valeurs et, ce faisant, à "régénérer des « variables étouffées » qui participent au jeu complexe qui se déroule autour de la maladie"¹⁶.

Des normes populaires de prise en charge à l'amélioration des interactions sanitaires

De nombreux textes d'anthropologie de la santé se sont attachés à décrire diverses interprétations de la maladie et les difficultés du dialogue médecin malade, notamment lorsque l'annonce du diagnostic engage la vie du patient¹⁷. Ces textes soulignent, entre soignant et soigné, le partage d'un silence permettant au premier de maintenir son statut et au second de dénier son mal. Les termes utilisés par nos interlocuteurs, illustrent qu'il ne s'agit cependant pas uniquement d'un "acte négatif" consistant à taire une maladie, mais aussi de stratégies discursives constituant une prise en charge populaire du malade : ne pas dire, c'est aussi dire autre chose et négocier autrement les obligations de soins et les attentes du patient.

Les divers personnels soignants sont, bien évidemment, au cœur de ces questions et de nombreux textes soulignent les difficultés des interactions qu'ils entretiennent avec les populations. Ces recherches proposent diverses explications de leurs conduites et évoquent notamment des facteurs comme la carence de l'Etat¹⁸, des conflits entre identités sociales et professionnelles¹⁹, ou des questions de hiérarchie entre divers segments des professions de santé. A ces éléments, il faut ajouter ce qui relève de l'histoire. En effet, au Sahel, le métier de médecin est récent. En 1956, seuls 45 médecins étaient formés. Ils étaient préférentiellement affectés comme "sergents infirmiers à titre indigène" dans des équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies, où l'on privilégiait l'aspect technique de leurs compétences aux dépens d'une réflexion sur les aspects sociaux de la santé. Il résulte de ces diverses caractéristiques qu' "on retrouvera souvent, dans le discours des professionnels de la santé, cette prégnance d'un système de référence construit au cours de leur système de formation qui n'a pas pris en compte cette dimension sociale du travail biomédical, qu'on peut caractériser rapidement par les différentes postures que le médecin peut adopter dans ses rencontres avec les usagers"²⁰. Bref, si "le soignant est un passeur culturel"²¹, il n'en reste pas moins qu'il se fourvoie souvent à chercher

des réponses éthiques dans son discours technique, oubliant, par contre, les réponses proches que lui offrent ses propres normes sociales. Parlant de la psychose²², Lacan notait que “ce qui est forclos du symbolique réapparaît dans le réel”. Une telle question concerne aussi les programmes sanitaires où, de n’avoir été pris dans aucun discours, aucune formation ni réflexion, les divers signifiants d’une prise en charge des patients (respect de la pudeur, attention portée à la douleur et à l’inquiétude, accès à la vérité, etc.) semblent manquer de signification dans le cadre des pratiques médicales.

Partant d’une brève description des conduites populaires de soins et de soutien, nous nous trouvons confrontés aux difficultés de ceux dont la fonction est de prendre en charge les malades. C’est peut-être simplement reconnaître que prendre soin ne se limite pas à soigner et traiter, mais englobe aussi les diverses attitudes sociales qui, dans cette petite collectivité, définissent la santé et ébauchent une nécessaire déontologie “endogène”.

Références bibliographiques

- 1 Nous empruntons l’ensemble de nos références historiques à S. Nedelec, “Contribution à l’étude de l’action sanitaire coloniale française au Soudan français de 1936 à 1956”, Mémoire de maîtrise d’histoire, 1988, Université Paris VII.
- 2 Extrait du rapport du Dr Primet relatif à l’inspection des services sanitaires civils en AOF - *Journal Officiel de la Côte d’Ivoire*, 15 février 1903, pp 2-3.
- 3 A. Sarrault, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot.
- 4 Cité par J. Desportes, (in) “Le plan d’équipement sanitaire des territoires Outre mer”, *Marchés coloniaux* N° 107, 1947 pp 1675-1677.
- 5 Cf. B. Floury, Le discours de la Coopération française en matière de santé depuis les indépendances, *Santé publique*, 1994, N° 4, pp 367-380.
- 6 Sur cette question cf. D. Fassin, “La coopération française et les politiques de santé en Afrique, le temps des incertitudes” (in) *La France et l’Afrique, Vade-mecum pour un nouveau voyage*, sous la dir. de S. Michailof, Paris, Karthala, 1993, pp 339-335.
- 7 J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement*, essai en socio-anthropologie du changement social, Paris, Karthala, 1995.
- 8 Par exemple D. Fassin, E. Jeannée, G. Salem, M. Reveillon, “Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal)” *Sciences Sociales et Santé*, 1986, 4 (3-4), pp 205-221.
- 9 Cf. U. Eco, *De superman au surhomme*, Paris, Grasset, 1993. Cet auteur décrit ainsi (p. 14) une structure narrative simple : “Prenez un personnage auquel le lecteur puisse s’identifier (...) et faites lui vivre des aventures qui l’amènent à passer du bonheur au malheur ou vice versa, à travers maintes péripéties et reconnaissances. Tendez au maximum l’arc narratif, afin que lecteurs et spectateurs éprouvent pitié et terreur à la fois. Quand la tension aura atteint son maximum, faites entrer en action un élément qui vienne démêler le nœud inextricable des faits et des passions en résultant. Que ce soit un prodige, une intervention divine, une révélation ou un châtement inopiné, il faudra que cela donne lieu à une catharsis (...)”.
- 10 Il serait possible de dresser un inventaire des diverses formes du crédible des organismes de développement et des bailleurs de fonds. Apparaîtraient ainsi des personnages – l’accoucheuse “traditionnelle” ou l’hygiéniste soignant leur communauté –, des scénarios – du jardinage à l’alphabétisation et à la nutrition –, des histoires exemplaires – comment quelques jeunes sont revenus au village pour le transformer –, des intrigues – détresse, autopromotion, etc.
- 11 A. Kleinman, “Concepts and a model for the comparison of medical systems”, 1978, *Social Science and medicine*, B, 12, pp 85-93.
- 12 Cette question est déjà largement commentée et décrite, cf., par exemple : J. Benoist, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, 1993 ; J. Janzen, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala, 1995.

- 13 M. Certeau (de), *L'invention du quotidien*, Vol. 1, Paris, UGE 10/18, 1980, p. 319.
- 14 A. Zempleni, La maladie et ses "causes", *L'Ethnographie*, 1985, LXXXI, 2, 13-44.
- 15 Cf. J. Janzen, cet auteur souligne, p 24 : "L'organisation de la maladie et de la thérapie par un ensemble de parents proches constitue un aspect central de la scène médicale en Afrique centrale. De tels parents ou leurs représentants constituent ce que nous appellerons « le groupe organisateur de la thérapie »" (in) *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala, 1995.
- 16 J. Benoist, Singularités du pluriel ? (in) *Soigner au pluriel*, sous la dir. J. Benoist, Paris, Karthala, 1996, pp 5-15.
- 17 C. Raynaut & F. Muhongayire, "Connaître ou ignorer, dire ou taire : les ambiguïtés de l'annonce du statut sérologique chez les femmes de Kigali (Rwanda)", (in) *Les personnes atteintes : Des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*, 1994, ANRS, pp 9-17.
- 18 B. Hours, *L'état sorcier, Santé publique et société au Cameroun*, Paris, 1985, L'Harmattan.
- 19 Y. Jaffré & A. Prual, Midwives (in) "Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints", *Social Science and Medicine*, 1994, Vol. 38, 1069-1073.
- 20 M. Mebtoul, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- 21 J. Benoist, "Prendre soins" (in) *Soigner au pluriel*, sous la dir. de J. Benoist, Paris, Karthala, 1996, pp 491-505.
- 22 J. Lacan, Question préliminaire à tout traitement possible des psychoses (in) *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966.

LES MOTS POUR DIRE LA SANTÉ, EN ALGÉRIE, AUJOURD'HUI

Nous tenterons ici de montrer l'importance et les significations des mots utilisés par les usagers pour appréhender la notion de santé (saha en arabe). Comprendre et mettre en exergue certaines dimensions au cœur des représentations sociales sur la santé, nous conduit à interroger de façon critique l'approche normative de la santé telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé.

En nous appuyant sur nos enquêtes menées en Algérie, il nous semble que la santé est plus représentée comme un processus dynamique et global qui intègre toute la vie de la personne. Loin de se réduire à un état, la santé est considérée comme la première "préoccupation" de l'usager qui peut lui permettre de s'engager dans ses différentes activités quotidiennes. Ce terme d'engagement nous paraît important dans le contexte social algérien caractérisé notamment par de multiples problèmes liés au logement, au transport, à la cherté de la vie et aux tensions quotidiennes dans les rapports que les usagers entretiennent avec les différentes institutions sociales (mairie, poste, hôpital, etc.) ; d'où l'importance de "s'accrocher" à ce capital santé.

Il faut rappeler que le système de santé construit par le "haut" permet aux différents pouvoirs d'imposer leur propre logique pour le "bien" de la population. La régulation, c'est-à-dire le type de rapport qui s'établit entre l'Etat, les professionnels de la santé et la population, va s'appuyer de façon dominante sur la règle administrative, marquant fortement le fonctionnement réel des structures de soins. Les décisions et les projets de réforme sont plus le résultat de luttes d'influence entre les différents cercles du pouvoir. Ce qui laisse peu de place au débat sur la santé avec les agents confrontés quotidiennement aux problèmes de la maladie.

*Mohamed MEHTOUL, Enseignant à l'Institut de Sociologie, Université d'Oran
Chercheur associé
dans le groupe de recherche en Anthropologie de la santé (GRAS)
B.P. 1524 - Oran, Mn'aouer - Algérie*

Dans notre perspective de recherche, nous essayons de partir du point de vue de l'usager qu'il s'agit ici de restituer, de comprendre et d'analyser sans le mythifier, en montrant que la question de la santé peut aussi être construite et représentée autrement qu'à partir d'une logique médicale ou technocratique.

Notre matériau est composé de vingt-cinq entretiens semi-directifs approfondis, réalisés auprès d'une majorité de femmes mariées et de conditions sociales relativement homogènes (enseignantes dans le primaire, femmes de ménage, femmes au foyer dont les époux sont employés dans une entreprise publique industrielle ou enseignants). Les entretiens sont structurés autour de trois questions centrales : comment peut-on définir la santé, aujourd'hui en Algérie ? Que veut dire être en bonne santé ? Quelles significations faut-il attribuer à la maladie ? Ici, l'approche qualitative nous semble pertinente pour comprendre et analyser les expressions et les mots qui ont un sens pour les usagers.

La santé, c'est la vie

Il est essentiel de relever que les usagers évoquent d'abord la santé en référence à leur vie quotidienne. C'est la santé qui peut donner sens à leurs conduites et comportements, n'étant pas appréhendée par opposition à la maladie. La signification qui en est donnée est plus riche, plus globale et plus dynamique. Plus qu'un état, la santé va permettre à une personne donnée d'exercer un ensemble d'activités professionnelles et domestiques, de rendre visite à des amis, d'assumer une responsabilité vis-à-vis de sa famille, d'éviter les conflits, notamment avec le mari, etc.

Dans cette perspective, la santé ne peut pas être fragmentée et dissociée en différents éléments. Ici, elle représente une totalité. "La santé, c'est tout", expression qu'on retrouve dans les entretiens. Les dimensions sociales, psychologiques et morales vont s'entrecroiser dans la définition et l'appréhension de la santé. Celle-ci est au centre des relations quotidiennes. Pour remercier une personne donnée, on utilisera souvent cette expression : "Que Dieu te donne la santé".

Elle représente "la première richesse" sur laquelle la personne va s'appuyer pour donner sens à sa vie. Cette conception profane de la santé ne nous semble pas réductrice ou simpliste, même si elle est insuffisamment prise en compte par les professionnels de la santé qui mettent plus l'accent sur "l'incompréhension" et la "négligence" des usagers de conditions sociales modestes face aux problèmes de santé. Les personnes interviewées montrent au contraire que la santé s'inscrit dans une logique sociale qui ne se réduit pas aux aspects strictement médicaux. Cette façon d'appréhender la santé a sa propre cohérence. Illustrons nos propos.

"La Santé, c'est la vie. Quand on a la santé, on a tout. La santé est une richesse" (45 ans, enseignante, 2 enfants).

"La santé pour moi, c'est tout dans la vie. C'est une chose essentielle. Quand je suis en bonne santé, je me sens à l'aise, je vis bien" (32 ans, gardien dans une école, 3 enfants).

"Quelqu'un qui a de l'argent et qui n'a pas la santé, pour moi, il n'a rien ! Quand je suis en bonne santé, je travaille ; je peux sortir et rencontrer des amies, je me sens bien" (51 ans, femme de ménage, 5 enfants).

Si la santé est identifiée comme la "valeur de référence"⁸, c'est donc qu'elle leur semble indissociable de leur vie quotidienne. On retrouve les mots suivants

pour définir la notion de santé : *“Capital de la vie” ; “chose essentielle de la vie” ; “sans la santé, on ne peut rien faire”*. Autrement dit, toute logique d'action implique que l'on soit en bonne santé pour pouvoir affronter les problèmes quotidiens. *“Parler de « logique », au sens de logique d'action, c'est mettre l'accent sur l'acteur social et ce qui sous-entend son système d'action”*⁷. Ce qui signifie que la santé implique tout un engagement de la personne afin de tenter de concrétiser les objectifs fixés dans sa vie.

Santé et engagement

La notion d'activité nous paraît essentielle pour clarifier ces représentations sociales sur la santé. Par activité, il s'agit d'indiquer la possibilité donnée à une personne de faire et d'entreprendre un certain nombre de tâches dans l'espace professionnel ou domestique. La santé est à l'origine d'une dynamique de travail qui va impliquer des échanges et des relations dans le champ social. Elle n'est pas d'abord évoquée en référence au corps biologique ou par rapport à soi, c'est-à-dire prendre soin de sa propre personne. Cette perspective n'apparaît pas dans les propos des usagers qui se focalisent sur cette logique d'extériorité, révélant sa signification sociale. Si le lien entre santé et activité est très prégnant, ceci montre bien qu'une approche normative de la santé définie de façon statique rend insuffisamment compte de la richesse que recouvre ce terme dans ses représentations sociales. La santé n'est pas ici un état, mais un véritable capital, c'est-à-dire une ressource qui permet d'affronter les contraintes sociales. Pour la personne en bonne santé, il lui sera donc possible de s'engager dans un espace social donné pour assurer les activités qui lui semblent nécessaires dans sa vie quotidienne.

“La personne qui est en bonne santé peut travailler et faire ce qu'elle veut dans la vie. Par exemple, la femme qui est en bonne santé peut élever ses enfants, s'occuper de sa maison” (28 ans, sans profession, 2 enfants).

“Quand je suis en bonne santé, je suis organisée, je fais tous mes devoirs, je travaille sans difficultés. Je suis en forme, je travaille sans être fatiguée” (38 ans, enseignante, 4 enfants).

Quand les femmes disent : *“Sans la santé, on ne peut rien faire”*, c'est en référence aux multiples tâches et contraintes qu'elles doivent assurer notamment dans l'espace familial. Activité ménagère, charge des enfants dans les domaines de l'éducation, de la santé et les différentes sollicitations de la belle-mère et du mari, autant de tâches qui incombent strictement à la femme. Elle ne peut assurer ces activités que si elle est en bonne santé, ce qui lui permet à la fois d'éviter les conflits familiaux et de reproduire une logique centrée sur le “devoir” vis-à-vis de sa famille.

“Ne pas avoir la santé, c'est l'enfer à cause des problèmes, surtout dans un couple. Il y a des maris qui quittent leur femme si elle tombe malade” (42 ans, enseignante, 3 enfants).

“Quand j'ai la santé, je ne risque pas d'avoir les problèmes, alors, j'aurai une vie heureuse, alors que ceux qui n'ont pas la santé, ils sont malheureux. Ils ont du mal à vivre. C'est une vie de souffrance” (64 ans, femme au foyer, 5 enfants).

“Je suis une femme responsable de mon mari et de mes enfants. Je ne supporte pas quand je suis malade de voir mes enfants sales. Je sens aussi que mon mari a besoin de moi” (31 ans, enseignante, 3 enfants).

Les mots pour dire la santé recouvrent d'abord une pertinence en rapport à l'environnement familial et social : "problèmes", "vie de souffrance", "responsable de mon mari", etc.

M. Renaud et L. Bouchard montrent bien que la santé ne peut pas se réduire aux soins médicaux ; mais le plus important se situe dans la qualité de l'environnement social. *"Selon l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population, simplement en lui fournissant des soins de santé, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible. De même, une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils et qu'elles sont « responsables » de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée"*⁹.

Dans un environnement social dégradé (problème de l'eau, crise du logement, absence de tout loisir, difficultés à se déplacer pour rendre visite à sa famille qui réside dans une autre localité en raison du terrorisme, etc.), la santé doit rester un atout essentiel dont dispose la femme pour affronter les problèmes de la société qui sont aussi d'ordre relationnel ; notamment faire la "queue" dans une institution donnée afin d'y retirer un papier administratif, accompagner son enfant dans un dispensaire en attendant "patiemment" qu'il soit consulté par un médecin, faire face à toutes les brimades au quotidien, particulièrement pour la femme divorcée ou celle qui tente de se créer un espace d'autonomie par rapport à la logique sociétale. On comprend alors que la santé reste un enjeu lié aux difficultés qui sont au cœur des interactions avec les "autres". Sacraliser de cette façon la notion de santé c'est, nous semble-t-il, aussi vouloir dire qu'il est important de se "protéger" dans une société caractérisée dans son fonctionnement par une logique bureaucratique "difforme"⁴.

"Ce sens commun" sur la santé ne peut pas être effacé ou négligé sous prétexte que ce discours est banal et connu, alors qu'il a un sens pour les usagers, conduits à interpréter cette notion à partir de leur vie quotidienne. Ce discours est un construit social. Il émerge et prend forme à partir du champ social, indiquant que les usagers ne sont jamais passifs face aux situations. Elles sont toujours réappropriées à partir de leurs contraintes et stratégies face aux institutions bureaucratiques qui ne peuvent pourtant "fonctionner" qu'en niant cette subjectivité des usagers.

Dans une enquête antérieure menée dans un quartier d'Oran, les entretiens réalisés à domicile ont permis de montrer l'importance des représentations sociales sur la santé et la maladie, révélant la richesse des propos de l'utilisateur qui se situe à l'extérieur de la logique strictement médicale, faisant d'abord référence aux pratiques de soins déployées dans l'espace familial, plus proches de sa perception du corps⁵. Mais, pour l'utilisateur, la maladie est caractérisée par ce processus de changement qui va concerner toute sa vie quotidienne.

La maladie comme processus de changement

Le contexte sanitaire en Algérie est particulièrement marqué par la prédominance d'une médecine curative et urbaine (plus de 80 % des spécialistes exercent dans les trois principales villes d'Algérie : Alger, Oran, Constantine), par la remise en question depuis janvier 1995 de la gratuité des soins (50 DA pour une consultation de médecine générale et 100 DA pour celle d'un spécialiste dans tout le secteur public), par la pénurie des moyens techniques et thérapeutiques dans les

structures sanitaires (hôpitaux, dispensaires, etc.), par la prégnance des maladies à transmission hydrique. Les récentes épidémies de typhoïde dans plusieurs régions indiquent bien que la gestion de l'eau n'est pas maîtrisée. La seule épidémie dans la région Aïn-Taya (janvier 1996) a coûté 100 millions de DA, soit l'équivalent de la somme consacrée annuellement à l'achat de médicaments anti-cancéreux¹⁰.

Il nous semble donc difficile d'évoquer un ancrage social de la médecine moderne. Dans la réalité quotidienne, la pratique médicale est en permanence soumise à des logiques de rupture et de discontinuité, illustrées par exemple par la non-disponibilité d'un tensiomètre dans un dispensaire donné, par l'impossibilité de réaliser un examen "complémentaire" dans un "grand" hôpital et enfin par la fragilisation des rapports entre les professionnels de la santé et les usagers ; même si la perspective des médecins reste focalisée sur la dimension scientifique et technique de leur activité quotidienne⁶. Ici aussi, *"la maladie, objet d'investigation scientifique et technique, contient sa propre vérité dans l'univers organique qui est le sien, et non dans l'histoire psychique du sujet, comme le soutient la psychanalyse, ou encore dans l'univers de la communauté à laquelle appartient le malade"*¹.

Il est important de rappeler ces éléments pour montrer que la "vérité" du médecin sur la maladie est rarement celle de l'utilisateur qui évoque la pathologie, non pas à partir du corps biologique, mais davantage comme processus de changement dans sa vie quotidienne, impliquant la rupture avec cet engagement antérieur qui lui permettait d'assurer ses activités.

Les mots et les expressions pour dire la maladie font référence à ce corps-souffrance : *"handicap", "mal dans sa peau", "nerveux", "stressé",* mais aussi au changement d'état (*"fatigue", "mal à l'aise",* etc.), *"conflits avec le mari", "la maladie est une souffrance", "c'est l'enfer", "changements vis-à-vis des enfants",* etc.

Le système d'interprétation de la maladie dépasse et enrichit ici la conception strictement médicale centrée sur l'état organique où *"le malade n'étant là que comme informateur sur l'état du corps défaillant"*². Ne pas être en bonne santé va représenter pour l'utilisateur un handicap majeur dans la poursuite et l'atteinte de ses objectifs dans la vie quotidienne. La maladie est ici un processus qui va radicalement transformer le comportement de la personne, perturbant toute son identité antérieure, venant remettre en question la place et le statut occupé dans la famille. Au-delà de la souffrance, la maladie est aussi source de conflits avec le mari, impliquant une modification des relations quotidiennes antérieures. On ne peut pas sous-estimer ou ignorer tous ces liens sociaux qui vont se nouer face à la maladie, à l'origine de discours et de pratiques diversifiés qui sont déployés par les acteurs de la société, prenant au piège toute cette approche de la santé centrée uniquement sur les moyens techniques et la compétence des professionnels de santé.

"Quand je suis malade, je suis totalement transformée dans mon physique, mes habits et avec mes enfants. Quelqu'un qui n'a pas la santé, c'est quelqu'un qui ne possède rien" (51 ans, femme de ménage, 4 enfants).

"Quand je suis malade, je me sens fatigué, dégoûté, nerveux, surtout mal à l'aise. La maladie est aussi une cause des problèmes d'argent ; surtout quand on est responsable de famille. Je sens un manque dans ma famille parce qu'elle a besoin de moi" (32 ans, gardien d'école, 3 enfants).

"La maladie, pour moi, c'est être dégoûté. Il y a un changement chez moi. Surtout pour moi, je suis une femme responsable de mon mari et de mes enfants. Je ne sup-

porte pas quand je suis malade de voir mes enfants sales. Je sens qu'on a besoin de moi dans ma famille" (31 ans, enseignante, 3 enfants).

"Quand je suis malade, ça peut me causer des problèmes ; surtout avec mon mari. Il y a des hommes qui ne supportent pas que leur femme tombe malade" (32 ans, enseignante, 2 enfants).

C'est bien, nous semble-t-il, à partir de ce processus de changement qu'on peut appréhender dans sa complexité la notion de maladie comme événement qui doit être en premier lieu géré par l'utilisateur, en tenant compte de ces trois dimensions indissociables. La première dimension psycho-sociologique indique tout ce changement d'état (dégoûté, mal à l'aise, nerveuse, etc.) ; la deuxième dimension économique est, notamment ici, liée au problème d'argent nécessaire pour faire face à la maladie (paiement de la consultation, achat des médicaments, etc.) et enfin la dimension sociale fait référence à la modification qui va s'opérer dans les relations quotidiennes, plus particulièrement les difficultés rencontrées par la femme pour reproduire cette logique du "devoir" vis-à-vis de sa famille, à l'origine des conflits avec le mari.

Conclusion

La prise en compte de toutes ces contraintes liées à la maladie permet de mieux comprendre "toute cette logique profane de soins"³, c'est-à-dire la mise en œuvre d'une véritable dynamique sanitaire qui a lieu d'abord dans l'espace familial (reconnaissance, interprétation des premiers symptômes, décision de recourir à tel ou tel thérapeute, fortes influences familiales dans le choix des traitements, etc.). En considérant que seule la "vérité" du médecin doit être appropriée pour se soigner, on ne fait qu'approfondir la rupture entre l'univers des professionnels de la santé et celui des familles. Celles-ci nous ont pourtant paru, dans nos différents travaux, comme un acteur incontournable dans tout processus de soins. C'est peut-être à partir de cette compréhension fine et diversifiée des pratiques de soins au quotidien déployées par la famille qu'on peut mieux appréhender les significations attribuées à la santé, à la maladie ; ceci pour montrer enfin que tout champ social se construit aussi et à sa façon par les gens "d'en bas".

Références bibliographiques

- (1) P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, Crise, pouvoir et légitimité, in P. Aïach et D. Fassin (éd.), *Les métiers de la santé*, Anthopos, 1994, p. 37.
- (2) J.-C. Clavreul, *L'ordre médical*, Le Seuil, 1977, p. 58.
- (3) G. Cresson, *Le travail domestique de santé*, L'Harmattan, 1995.
- (4) A. El-Kenz, Monographie d'une expérience industrielle en Algérie, thèse de Doctorat en Sociologie, Université Paris VIII, 1983.
- (5) M. Mebtoul, La santé au quotidien : le dispensaire du quartier d'El-Hamri (Oran), *Sciences sociales et santé*, vol. XI, n° 2, juin 1993 : 41-63.
- (6) M. Mebtoul, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, L'Harmattan, 1994.
- (7) J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement*, Karthala, 1995, p. 140.
- (8) J. Pierret, Les significations sociales de la santé, in : M. Auge et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal*, édition des Archives Contemporaines, 1984 : 217-256.
- (9) M. Renaud et L. Bouchard, Pour un paradigme de la santé, *Prévenir*, n° 28, 1995 : 37-48.
- (10) Propos du Ministre de la santé tenu dans le journal *Le Soir*, 1^{er} mai 1996.

DÉFINITION INSTITUTIONNELLE

ET DÉFINITIONS PROFANES DE LA SANTÉ

ANALYSE DU CAS COLOMBIEN

À PARTIR DE DEUX ENQUÊTES

La genèse théorique de la définition de la santé de l'OMS

Depuis que l'institution médicale s'est constituée comme telle à l'époque moderne, les définitions de la maladie et de la santé ont été l'objet de très diverses transformations. Cependant, cette même institutionnalisation du discours de la santé a obligé les organismes créés internationalement pour son contrôle à délimiter les possibilités sémantiques des deux termes, instaurant une seule et unique définition qui est, tout de même, sujet de discussion et de débat à l'heure actuelle. Il s'agit de la définition que l'OMS a approuvée et répandue depuis les années soixante-dix. Dans ce qui suit, notre propos est de montrer, à travers un bref parcours historique, quelles sont les constructions théoriques qui ont donné naissance à cette définition, pour la comparer ensuite avec les définitions profanes de ces notions à partir de l'analyse de deux enquêtes en Colombie, l'une sur les représentations de la santé et de la maladie et l'autre sur les représentations du cancer de l'utérus des femmes de secteurs populaires.

Une série de travaux locaux de recherche théorique, réalisés dans le cadre des sciences sociales^[1], a permis de proposer un modèle d'interprétation des réalités et des constructions conceptuelles liées à la santé. Il s'agit d'aborder fronta-

Mara VIVEROS et Hernando SALCERO
Chercheurs du CIDS (Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social)
Universidad Externado de Colombia

lement le problème des obstacles épistémologiques^[2] dans l'élaboration des conceptions de santé au sein du discours médical, mais aussi de proposer des stratégies de discussion et de transformation de ce discours dans la pratique. Un point de départ est celui de considérer que la pratique médicale en tant que profession, est soumise aux paradigmes construits par les sciences exactes ou naturelles^[3]. Quelles sont les possibilités d'échapper à ce paradigme ou quelles sont ses limites d'interprétation ? Voilà un des aspects que nous voudrions aborder dans ce texte.

Si on s'attache aux propositions faites par Pedro Lain Entralgo^[4], il est possible de penser trois origines du paradigme médical moderne : l'anatomopathologique, la physiopathologique et l'étiopathologique. L'approche anatomopathologique, dont le représentant le plus brillant est peut-être Hermann Boerhaave, a cherché à repérer les traces de la maladie dans les organes. Cette manière de rendre visible la maladie à travers toutes sortes de dispositifs optiques a instrumentalisé énormément la pratique et celle-ci fut restreinte au chevet du malade et au cadavre. L'énigme était justement de voir ces traces dans le sujet vivant avant sa mort, mais le travail exhaustif avec les tissus morts constitua la référence précise pour construire un diagnostic. Ce paradigme a donc sa source dans une conception de pathologie organique liée à l'organisation du corps en systèmes anatomiques.

L'approche physiopathologique du paradigme apparaît avec les avancées de la physique moderne de Galilée développée par Newton. Dans ce contexte de connaissances, on a pu s'intéresser au corps en tant qu'unité fonctionnelle, indépendamment de sa structure. L'étude de la fonction des organes a permis d'introduire les méthodes expérimentales pour l'étude des relations entre eux. Les travaux de médecine expérimentale de Claude Bernard sont probablement le meilleur exemple du développement de cette approche. Cependant cette perspective théorique ne dépasse pas la conception de la pathologie organique, même si elle lui rend une cohérence interne assez importante et lui ouvre les portes d'une mécanique fonctionnelle du corps.

Quelques jours après la mort de Claude Bernard, Louis Pasteur présente à l'Académie de Médecine de Paris son compte rendu sur *La théorie des germes et ses applications en médecine et chirurgie*, donnant naissance à la troisième approche du paradigme, l'étiopathologique. Or, la théorie des microbes est justement le discours qui apporta à la pensée sur les causes de la maladie, une vision complètement différente, dans le sens où elle permit de donner une explication externe au processus pathologique. L'ordre biologique continue cependant d'être l'ordre de compréhension de la maladie.

Dans ces trois approches, la possibilité de considérer le malade comme un être social ou psychique n'existe pas. Même si Freud a tenté une rupture avec cette tendance biologique fonctionnelle, la psychanalyse s'est très vite séparée de la médecine en tant que corpus d'analyse ou d'interprétation. Très tôt, la psychanalyse construit son chemin comme théorie de l'inconscient et le champ psychique se montre dès lors comme indépendant des associations biologiques de la maladie. En effet, les névroses peuvent atteindre des niveaux corporels et s'exprimer à travers des symptômes physiques, mais la manière de comprendre l'étiologie de ces symptômes est épistémologiquement opposée à celle du paradigme énoncé.

Par ailleurs, une autre rupture aux versions du paradigme médical moderne a lieu avec l'apparition de la "médecine sociale". Ce fut lors de la révolution de 1848 en Allemagne que les médecins qui y participèrent ont proposé des relations causales de la maladie dans l'ordre social^[5]. Mais cette tentative initiale s'est rapidement affaiblie sous l'effet des coups de force qui ont caractérisé le système politique allemand à la fin du XIX^e siècle. Néanmoins, le courant hygiéniste réussit à traduire cette conception d'étiologie de la maladie dans une pratique professionnelle et politique consacrant "des efforts à convaincre les élites et à transformer les mentalités"⁹, p. 143. C'est ainsi que sont créés les conseils de salubrité, regroupant des médecins, des architectes, des chimistes et des ingénieurs dont la mission est "d'éclairer l'administration sur toutes les questions de salubrité et d'hygiène publique"⁸, p. 215.

Proche de l'hygiénisme, toujours dans la mouvance philanthropique, se manifeste aussi un certain réformisme social qui envisage diverses mesures d'assistance aux travailleurs et assimile pauvreté et misère pathogène à l'immoralité et à la débauche, exprimant un but fortement moralisateur⁹. A travers le glissement progressif de la morale dans le discours médical hygiéniste, des pratiques corporelles deviennent des objets médicaux. C'est ainsi que la puériculture, l'hygiène, l'alimentation, le contrôle de la sexualité sont médicalisés. A l'autorité traditionnelle de la famille et du milieu, on substitue une autorité rationnelle, fondée sur un savoir qui impose des points de vue sur la façon d'agir face au corps et à la santé³.

L'héritage de la médecine sociale a été repris par des écoles contemporaines, surtout en Amérique Latine dans des pays comme l'Equateur et le Mexique, où se développe un travail de recherche important visant la construction d'une théorie sociale de la maladie^[6]. L'épidémiologie traditionnelle a toujours des difficultés méthodologiques et théoriques pour aborder la causalité des processus morbides en dehors de l'ordre biologique. Même si l'opposition entre maladie biologique et sociale est une opposition qui n'a pas montré de pertinence théorique, il ne s'agit pas d'insister là-dessus, il est clair que les facteurs de risque sociaux et psychiques de l'épidémiologie traditionnelle ne dépassent pas les limites corporelles et les discours des versions du paradigme moderne.

Même si l'OMS intègre dans sa définition de la santé les aspects psychiques et sociaux, le discours médical ne les assimile pas réellement dans sa construction du diagnostic. La contradiction dont souffre ce discours institutionnel est justement celle d'être obligé de reconnaître que les niveaux psychique et social déterminent des manières de devenir malade et de mourir, mais aussi de ne pas être capable de les incorporer à la connaissance du processus santé-maladie. L'explication de cette contradiction, conclusion de cette brève description historique, est une explication épistémologique, qui peut s'exprimer par le fait de ne pas avoir pu dépasser les limites imposées par un paradigme médical : le paradigme moderne essentiellement biologique.

Cette contradiction fondamentale entre définition institutionnelle et cohérence du discours théorique de la maladie nous renvoie à la nécessité d'étudier, à partir des définitions des populations, les conceptions non institutionnelles et non médicales de la santé, pour s'aventurer à construire des traits d'union entre le social et le biologique qui puissent conduire à une théorie de la santé en relation avec les ordres culturel, linguistique et social. Il s'agit alors de construire une sémiologie culturelle et sociale qui puisse contenir un diagnostic dans ces

autres champs, et cesser de considérer exclusivement le niveau structurel, fonctionnel et même génétique de la santé. Pour ce faire, nous allons nous référer à deux enquêtes réalisées en Colombie. La première cherchait à analyser les représentations de santé et de maladie de la population d'une commune^[7] colombienne, Villeta^[8], en tant que discours et pratiques quotidiennes qui montrent le sens attribué par cette population aux phénomènes définis comme santé et maladie et aux comportements qui en découlent. La deuxième cherchait à dévoiler les représentations sociales de la femme colombienne vis-à-vis de la pratique de la cytologie du col de l'utérus, de la prévention de ce cancer et de la relation entre la femme et les services institutionnels de santé.

Écart entre la définition institutionnelle de la santé et les pratiques thérapeutiques des médecins

A nouveau, même si la définition de la santé de l'OMS inclut des aspects psychosociaux, les médecins ne sont pas préparés pour les intégrer dans leur pratique. En effet, ils ne "savent" pas entendre le langage du patient qui décrit sa maladie en termes quotidiens, chargés de son histoire sociale, culturelle et personnelle. "Le médecin filtre les informations que lui apporte le patient en fonction de sa culture médicale"^{13, p. 3}. Dans le cas colombien, les médecins, formés professionnellement loin des populations, n'ont pas les outils nécessaires pour affronter les problèmes posés par leur travail à l'intérieur des communautés. Pour beaucoup d'entre eux, la médecine aurait une base scientifique incontestable qui permettrait d'appliquer le modèle bio-médical à n'importe quelle population.

D'autre part, l'écart entre l'orientation des pratiques médicales en Colombie et la problématique sanitaire de ce pays est considérable malgré les politiques de santé qui, suivant les recommandations de l'OMS depuis 1978, ont demandé de mettre l'accent sur les soins primaires de santé, la base communautaire des systèmes de santé et la revalorisation des médecines traditionnelles. Dans les pays en développement, l'inadaptation des systèmes sanitaires aux problèmes de santé de leurs populations a justifié la définition d'une politique de santé qui cherche à satisfaire prioritairement les soins de santé primaire (SSP) ou élémentaires de la population. Dans ce contexte, a été proposée l'intégration des thérapeutes populaires au système officiel de santé "au cas où les circonstances s'y prêtent". Il s'agit de transformer, au moyen d'une formation et d'un encadrement, ces thérapeutes en agents de SSP au service de la communauté.

A Villeta, les médecins avec lesquels nous avons eu des entretiens, n'ont jamais abordé d'eux-mêmes le sujet des pratiques thérapeutiques parallèles de leurs clients. Cette attitude d'occultation de la médecine populaire^[9] est très répandue parmi les représentants du corps médical colombien. Tout se passe comme si la médecine populaire n'existait pas et comme si médecins et patients s'accordaient implicitement à passer sous silence ce sujet, devenu tabou dans leur relation. C'est seulement lorsque les médecins sont confrontés aux conceptions et comportements de leur clientèle par rapport à la maladie qu'ils sont amenés à prendre position vis-à-vis des ressources thérapeutiques traditionnelles.

La médecine officielle adopte à l'égard des médecines populaires une position différente selon sa capacité à les soumettre à son contrôle : elle intègre les pratiques qui peuvent se conjuguer avec les siennes mais marginalise celles qu'elle ne peut pas neutraliser¹². C'est ainsi que les médecins de Villeta distinguent

deux types de thérapeutes populaires parmi ceux que consulte la population : ceux qui peuvent s'intégrer au système officiel de santé, comme le prône l'OMS, et ceux qui constituent un obstacle dans l'exercice de la pratique médicale.

L'exemple des *comadronas* illustre bien l'intégration offerte au premier type. Les *comadronas*^[10] ont reçu à Villeta une formation spécialisée afin d'apprendre à reconnaître les grossesses à risque pour pouvoir ensuite les diriger vers l'hôpital. Pour les médecins, la présence dans les *veredas*^[11] éloignées du bourg des *comadronas* formées à l'hôpital permet de répondre aux besoins des populations non couvertes par les institutions officielles. En effet, les *comadronas* assurent la prise en charge des soins nécessaires aux futures mères qui, pour diverses raisons, ne recourent pas à l'hôpital. D'autre part, les *comadronas* dans leur lieu d'habitation jouent un rôle important, encouragé par les médecins, car leur pratique dépasse les accouchements et tend à couvrir tous les premiers soins de santé.

Quant au deuxième type, il s'agit souvent de thérapeutes faisant intervenir des principes surnaturels dans leur activité de guérison, le recours au pouvoir surnaturel définissant la spécificité et l'efficacité de leur pratique curative. Les médecins les qualifient de "charlatans" et ils sont rendus responsables de l'aggravation de certaines maladies, voire de la mort. Ainsi, rejetés par les médecins, ils ne peuvent espérer aucune intégration en leur sein¹⁵.

Néanmoins, certains médecins, généralement les plus jeunes, admettent volontiers les insuffisances de la médecine à propos de la qualité du rapport médecin-malade, de la question du sens de la maladie, du décalage entre l'univers culturel des médecins et celui de la plupart de leurs patients. Cette insuffisance explique à leurs yeux la présence des médecins populaires. Mais, s'ils sont conscients des compétences relationnelles de certains thérapeutes, ils voudraient les cantonner dans le rôle d'auxiliaires psychologiques des médecins : c'est-à-dire reconforter le malade, l'encourageant à aller consulter le médecin et à suivre les traitements médicaux prescrits. Combien de thérapeutes seraient prêts à accomplir cette tâche aussi docilement ? Combien se contenteraient de voir réduite leur compétence à celle d'une sorte d'auxiliaire médical au rabais ?

Ces attitudes des médecins par rapport aux thérapeutes populaires illustrent bien une des faiblesses des orientations politiques de l'OMS qui méconnaissent ce qui constitue la spécificité des pratiques populaires : leur efficacité symbolique¹⁰. Celle-ci se fonde sur une relation de confiance et de croyance dans le pouvoir du thérapeute populaire. Le savoir-faire des thérapeutes populaires n'est pas une technique désincarnée ; au contraire, il est lié à une conception qui inscrit le rapport au corps et à la nature dans un certain ordre du monde. C'est pourquoi certains anthropologues comme Andras Zempleni¹⁶ et Françoise Loux¹¹ s'interrogent, d'une part, sur la nature de la relation qui peut s'établir sur des registres si différents et, d'autre part, sur la possibilité de transformer une relation de pouvoir historiquement conflictuelle en un rapport de coopération et d'entraide. Pour d'autres médecins, les thérapeutes ne seraient qu'un moyen de négocier la médicalisation progressive des communautés.

Lorsque les habitants de Villeta ne peuvent pas continuer à réaliser leurs tâches quotidiennes et que les savoirs thérapeutiques familiaux s'avèrent inefficaces pour contrecarrer la maladie, ils font appel aux différents réseaux thérapeutiques dont ils disposent : les *comadronas*, les *teguas* et les *curanderos*, les pharmaciens d'officine, les médecins privés, l'hôpital. Les hôpitaux, d'après le

rapport de la Conférence d'Alma Ata, devraient fournir des soins cliniques de qualité et guider les communautés dans tout ce qui concerne les soins de santé, allant au-delà des soins cliniques. Néanmoins à Villeta, les habitants portent un jugement globalement négatif sur l'hôpital, ils sont très critiques au sujet de la qualité du service, de l'accueil et de l'attention médicale proprement dite. Mais ils ne mettent en cause ni la médecine scientifique ni les compétences professionnelles des médecins, qu'ils consultent par ailleurs dans leurs cabinets privés.

D'autre part, c'est ce même écart entre discours institutionnel et discours populaire de santé, qui est à l'origine d'une deuxième enquête. En effet, si la technique de la cytologie du col de l'utérus a été proposée en Colombie depuis les années cinquante, ce n'est qu'à partir de 1990 que fut entrepris, par l'Institut National de Cancérologie, un programme national de détection précoce du cancer du col de l'utérus. Les motivations de ce programme ont été justement liées au fait que, même si un nombre important de femmes demandaient le procédé, les taux de morbidité s'accroissaient simultanément. Ceci exprimerait deux hypothèses : d'une part, que les femmes qui accédaient à la pratique de la cytologie ne comprenaient pas exactement pourquoi elles le faisaient, et, d'autre part, qu'il existait un pourcentage important de femmes qu'il fallait rendre sensibles à l'existence du procédé et à son utilité pour la détection et le contrôle du cancer du col de l'utérus. Il s'agissait bien de répondre aux questions de ce type : qu'y a-t-il dans ce procédé qui fait que son but de détection et de contrôle n'est pas atteint, même s'il concerne une importante proportion de femmes ?

Les conceptions profanes de la santé et de la maladie

L'interprétation que la population fait de la santé et de la maladie peut s'appeler dans les termes de E. Freidson⁷ la conception "profane" de la maladie par opposition à la conception professionnelle. Il faut préciser que les conceptions profanes de la santé et de la maladie ne sont pas indépendantes du savoir médical, elles intègrent de nombreux éléments de ce savoir et aujourd'hui plus que jamais, le développement de la médecine contribue à les modeler⁸, p. 16. Mais, même si on reconnaît cette influence et la force du discours médical, dans certains cas, comme le montre l'étude de M. A. Loyola¹², les conceptions et les pratiques d'une communauté sur la santé et la maladie peuvent aller jusqu'à s'inscrire en faux, contre les interprétations médicales dominantes. D'autre part, les conceptions des profanes montrent bien que la santé et la maladie sont non seulement des réalités biomédicales mais des expériences subjectives et socio-culturelles.

A travers la présentation des résultats des deux enquêtes en question, nous allons montrer en quoi consistent les conceptions de santé et de maladie de notre population. D'une part, nous avons utilisé la technique des associations libres, en posant à nos enquêtés les questions ouvertes suivantes : "Dites-moi cinq mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « santé », dites-moi cinq mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « maladie ». L'association libre étant l'effet d'un processus à la fois conscient et inconscient, elle nous permet d'approcher le contenu attribué aux notions de santé et de maladie de façon plus spontanée qu'en demandant aux interviewés d'en donner une définition. En effet les réponses aux demandes de définitions sont plus sujettes aux influences de données telles que le capital linguistique des enquêtés¹. D'autre part, la démarche utilisée pour la recherche des représentations qu'avaient les

femmes en Colombie sur la santé, la maladie, le corps, le cancer et la cytologie, a été celle de développer des réunions communautaires dans vingt localités colombiennes – représentant en leur totalité six régions géographico-culturelles –. Ces réunions ont permis de construire collectivement les savoirs concernant les sujets en question. Le procédé méthodologique fut dans ce cas la réalisation d'activités créatives et artistiques (peinture, écriture, théâtre) avec l'objectif d'exprimer les idées en des termes symboliques, pour finalement faire une construction verbale guidée par les thèmes déjà cités. Le premier niveau – symbolique – nous a permis une approche approfondie des représentations des femmes, puisque le processus de création est à la base d'autres formes de langage et d'autres formes d'accès à l'inconscient.

Dans le premier cas, les réponses obtenues ne sont pas des mots mais des phrases, situation qui peut s'expliquer par le fait que nous avons encouragé les gens à parler à leur gré. Etant donné la variété des réponses, nous avons dû, utilisant la technique d'analyse de contenu, regrouper dans une même catégorie les réponses qui relevaient d'un même domaine.

Dans le deuxième cas, les versions verbales ont été empruntées aux discours de synthèse que faisaient les femmes après avoir discuté le sens de leurs créations au cours des séances de travail. Ces textes ont été enregistrés et transcrits en les regroupant par catégories d'analyse.

La santé : tentatives de définition

Pour les habitants de Villeta, la santé est une réalité polymorphe et un concept pluriel ; les définitions de santé sont multiples et regroupent simultanément plusieurs notions (bien-être physique, l'envie de travailler, la vigueur, l'hygiène de vie, l'absence de maladie). Leur définition de la santé dépasse largement un contenu purement organique : elle est décrite comme ce qui permet de maintenir une bonne prédisposition à la vie, à l'activité. Les réponses regroupées sous la catégorie "humeur positive" (144 réponses sur 355) se dégagent très nettement des autres. Le contenu des réponses insiste sur la bonne humeur associée parfois à la "joie", la "gaieté", parfois à "l'entrain" et à la "bonne disposition pour faire n'importe quoi". La deuxième catégorie rassemble les réponses (71 sur 355) qui établissent une équivalence entre activité et santé. "La santé c'est pouvoir faire les activités quotidiennes", "avoir du courage pour travailler", "avoir un bon rendement dans le travail". La santé c'est aussi la liberté de disposer de son corps comme on veut : c'est "pouvoir bouger", "pouvoir se débrouiller tout seul". Mais, pour la population de Villeta, la santé, plus qu'un but en soi est ce qui permet d'accomplir les tâches quotidiennes et de subvenir à ses besoins. La troisième catégorie, "la vitalité" (58 réponses sur 355) se rapporte à la vigueur, la force, l'énergie, l'absence de fatigue. Cette association n'est pas sans rapport avec une perception instrumentale du corps. La force, la vigueur sont des indicateurs de l'état de santé du corps ; l'énergie, l'absence de fatigue sont des unités de mesure de la performance du corps pour le travail. La quatrième catégorie, "prévention et références biomédicales", regroupe toutes les réponses relatives aux pratiques ayant pour but le maintien de la santé (54 sur 355). Ces conduites recourent par un autre biais la logique instrumentale d'utilisation du corps : si on donne des conseils à son propos, c'est parce qu'il faut le maintenir en bon état de fonctionnement. Les mesures préventives sont très variées : elles vont de la modération à la pratique du sport en passant par l'hygiène corporelle, ali-

mentaire, et les références aux activités de soins. Préserver la santé devient une façon d'assurer la survie, le but de la prévention étant d'éviter que la maladie survienne trop tôt ou très fort, au point d'empêcher la réalisation des tâches quotidiennes. La cinquième catégorie, "antithèse", regroupe les réponses (23 sur 355) qui définissent la santé par la négative. La santé devient alors "ne pas ressentir des douleurs", "ne pas être malade", "ne pas être obligé de prendre de médicaments", "ne pas avoir des novedades", mot avec lequel les paysans de Villeta désignent les événements extraordinaires de la vie, en particulier les événements malheureux tels que la maladie. Le regroupement "divers", très peu nombreux (5 réponses sur 355), inclut des mots qui nous sont apparus trop hétérogènes pour alimenter les autres catégories.

Les associations évoquées nous montrent comment, pour les individus interrogés, la santé ne se définit pas uniquement par rapport au corps. Plusieurs cadres de référence (psycho-social, comportemental et organique) interviennent dans la construction sociale de l'idée de santé. Si celle-ci concerne le corps, fait référence à un bien-être physique, elle se rapporte aussi à l'esprit, aux comportements et aux relations des individus avec leur milieu.

En ce qui concerne les groupes de femmes de la deuxième enquête, il est important de souligner d'avance que leur diversité culturelle et sociale est très large, et que ceci est à l'origine des multiples versions du problème traité en chaque cas. La synthèse présentée est alors un regroupement unique qui prétend contenir tout un éventail de manières de symboliser un état du corps ou une identité. La base et l'origine de la santé sont en général un état d'esprit, qui peut très souvent avoir une expression corporelle, mais qui est reconnu comme base fondamentale de l'état de santé. La possibilité et la capacité de travailler, sont des formes reconnues comme "symptômes" de santé, de même que la possibilité de développer des relations sociales. D'une façon complémentaire, un composant éthique de l'état de santé est exprimé dans la mesure où il est possible de le conserver grâce aux comportements liés aux règles sociales ou religieuses. Ce composant éthique est d'autant plus ressenti par les femmes qu'elles reconnaissent que la santé du groupe familial, voire social, dépend d'elles-mêmes. La transgression de la règle est alors un danger collectif. C'est ainsi que s'établit une très forte relation entre fonction sociale et représentation de l'état de santé. Même si le corps peut finalement être la cible d'une affection spirituelle, affective ou émotionnelle, ce n'est que le dernier siège d'un processus qui a une origine comportementale face à un groupe social.

La maladie : tentatives de définition

La maladie est une notion qui intègre, comme la santé, divers aspects hétérogènes. Néanmoins les deux catégories qui regroupent le plus grand nombre de réponses à Villeta sont celles qui ont trait au retentissement psychologique de la maladie (la "thymie négative", expression de tout ce qui se rapporte à la douleur morale : 36,5 %) et aux références organiques (symptômes et syndromes : 34 %). 11 % des réponses associent la maladie à ses "effets sociaux et professionnels" ; les références au "système biomédical et à l'environnement technique" regroupent 10 % des réponses. La catégorie "causes" (3 %) rassemble les réponses qui font mention des causes imputées à la maladie. Enfin la catégorie "divers" réunit des réponses qui ne peuvent pas être classées ailleurs.

A travers les diverses réponses, la maladie se dessine comme l'événement malheureux par excellence. Dans la mémoire des gens, l'expérience de la maladie déborde son contenu physique, elle retentit sur la vie de l'individu modifiant son état d'esprit, son humeur, son comportement familial et social de façon négative. Le contenu physique de la maladie est évoqué à partir de l'énumération des symptômes qui deviennent les éléments, les signaux qui permettent de reconnaître, de distinguer une maladie. Elle se définit aussi en termes de comportement social, c'est "être incapable de travailler", "être alité et dépendre d'autrui", elle ne devient inquiétante que lorsqu'elle "cloue le corps au lit". L'inactivité est le critère réel et le seuil de la maladie. D'autre part, la maladie, vécue comme un ensemble de symptômes, n'acquiert une reconnaissance sociale que lorsque le médecin ou le soignant organise et ordonne cette pluralité de signes, établissant un diagnostic. Les maladies impliquant un contact avec l'univers médical s'inscrivent plus facilement dans la mémoire des individus. Et si l'association entre maladie et consultation médicale est faite, inversement, tout ce qui est l'objet d'une consultation médicale acquiert le statut de maladie. C'est pourquoi plusieurs femmes interrogées sur leurs maladies ont répondu en faisant allusion à leurs grossesses et à leurs accouchements, d'autant plus que l'accouchement tend de plus en plus à être classé dans la catégorie des actes médicaux impliquant l'hospitalisation, surtout pour les nouvelles générations. Cette contamination sémantique illustre bien la façon dont la médecine contribue à modeler les représentations profanes de la maladie. Les réponses regroupées sous la catégorie "divers" sont très significatives d'un point de vue qualitatif : certaines d'entre elles font référence à Dieu, ce qui exprime une vision où la maladie comporte une dimension immatérielle ; d'autres la décrivent comme un événement imprévisible qui bouleverse le déroulement normal de la vie. Si la maladie apparaît comme quelque chose d'inattendu, c'est aussi parce que l'utilisation intensive du corps pour le travail est incompatible avec une "écoute" attentive de celui-là.

Dans le cas de l'enquête nationale du cancer de l'utérus, l'identité des femmes cancéreuses est reconnue paradoxalement à travers leur "plus grande sensibilité" à devenir malade. Effet paradoxal, face à la reconnaissance des femmes comme "agents de santé", comme vecteurs régulateurs de la santé du groupe, alors qu'elles supportent simultanément des charges de travail plus intenses que les hommes, et qu'elles ont besoin de conserver la force de la santé pour s'occuper des autres. Dans ce sens, leur maladie est perçue comme un événement catastrophique, reflet et symbole d'une adversité collective liée, comme nous l'exprimions auparavant, aux transgressions des règles sociales et religieuses. Dans le cas spécifique des maladies des organes reproducteurs – dans lesquelles se situe le cancer de l'utérus – la transgression des règles est placée dans l'ordre des comportements sexuels. Ces comportements sont liés à des situations extrêmes : virginité/promiscuité ; absence/excès d'enfants ; excès d'hygiène et usage de produits synthétiques pour l'hygiène sexuelle/contamination par absence d'hygiène ou par contagion directe. Il existe aussi une représentation archéologique de la maladie, dans les cas où elle est associée au passé – connu ou non, peu importe – et où la malade paye une faute de ses ascendants. Dans tous les cas, la maladie, même si elle est cachée derrière des événements imprévus, est toujours mise en relation avec des circonstances sociales. En ce sens, il est intéressant de mentionner l'identification de la maladie biologique avec le discours médical. Ces maladies biologiques "graves" sont "vues" exclusivement par les médecins. L'approche diagnostique est alors le point de départ des plus grandes différences en face de la maladie. L'expérience des femmes indique que leur perception subjective de la

maladie n'a pas d'écho du côté de la médecine institutionnelle et qu'inversement lorsqu'elles se sentent bien portantes, très souvent aussi, et grâce à un contrôle médical imprévu, le diagnostic de maladie est fait par le médecin. Elles attribuent cette situation aux examens utilisés par les professionnels qui leur "permettent de voir des choses qu'elles ne peuvent pas voir". Cependant ceci n'est pas une garantie de croyance ou de confiance vis-à-vis des médecins.

L'expression corporelle des affections est pour ces femmes aussi une conséquence d'événements d'ordre moral et social. Il y a une sorte de stoïcisme qui donne plus d'importance à l'état d'âme du malade qu'aux effets de la douleur corporelle, qui peuvent en général disparaître grâce aux pratiques populaires d'analgésie ou à leur capacité à endurer la maladie.

Classement, étiologie et genèse des maladies

La qualification d'un état comme morbide ou non, les diverses attitudes et la plus ou moins grande diligence à son égard se définit par rapport à divers critères. En rapport avec l'attribution sociale des rôles et des activités en fonction du sexe et la stratification générationnelle de chacun des membres d'une famille, les maladies se répertorient en maladies de femme, maladies d'homme, maladies d'enfant, maladies de vieux. En accord avec ces critères, ne pas vouloir manger ou ne pas vouloir dormir peut être considéré comme signe de maladie chez un enfant mais ne provoquer aucun souci chez un adulte. De même, l'homme exprime une certaine pudeur à parler des "faiblesses", la maladie étant considérée comme une manifestation de faiblesse tandis que les femmes interviewées se disent facilement malades et souffrantes. Les maladies peuvent être bénignes ou graves selon leur durée, leurs séquelles, la probabilité ou non de les soigner à la maison. Enfin elles sont classées maladies matérielles ou maladies spirituelles selon l'origine imputée au mal, sa nature plus ou moins "rebelle" aux soins, le diagnostic du médecin, le comportement du malade.

L'exploration faite à propos du classement des maladies dans la deuxième enquête s'est limitée au classement du cancer. Pour les femmes enquêtées, le cancer est synonyme de mort. Cette équivalence directe impose l'absurdité d'un programme de prévention face à une maladie qui est essentiellement mortelle. En ce point il est indispensable de présenter la relation établie entre ce discours populaire et le discours médical. En effet, ce n'est que l'expérience vécue à travers l'institutionnalisation du cancer dans les hôpitaux de haute technologie où les malades arrivent dans des états morbides très avancés, qui produit un effet et une image de mort renforcée par l'amputation, la calvitie, l'état d'extrême douleur, qui eux-mêmes sont très souvent le résultat du traitement et non pas de la maladie. Cette image et ce classement du cancer peuvent donc provenir de l'expérience hospitalière – plus fréquente dans le Tiers Monde – de la maladie, et non pas de la possibilité de la prévenir. La difficulté des programmes de tamisage réside dans le caractère mortel pour les gens d'une maladie comme le cancer de l'utérus, dont la détection précoce a pour effet la guérison d'une importante proportion de la population.

Etiologie du cancer de l'utérus

Les femmes ont reconnu quatre catégories étiologiques du cancer : divine, comportementale, infectieuse, génétique. La causalité "divine" fait référence au châtiement – en relation avec la transgression des règles religieuses –. La causalité

comportementale est en rapport avec le discours médical, puisqu'elle fait référence aux "facteurs de risque" de la maladie identifiés par l'épidémiologie. Ces facteurs sont repris dans les discours des femmes sous forme de comportements socialement transgresseurs : multiparité, promiscuité, avortements, contagion, tabagisme, alcoolisme, etc. La contagion est reconnue aussi comme une forme étiologique du cancer du col de l'utérus, ce qui nous renvoie à l'idée de transmission du cancer à travers les objets utilisés dans la cytologie, à d'autres procédés médicaux comme les frottis et les examens vaginaux, à des contacts physiques et corporels, etc. Une dernière catégorie identifie la maladie avec un autre "facteur de risque" : les antécédents familiaux. Cette catégorie est en relation avec ce que nous avons exprimé comme représentation *archéologique* du cancer.

En revenant à l'enquête de Villeta, nous dégageons dans les paroles des interviewés l'existence de plusieurs registres de causalité. Trois directions semblent orienter ces discours : les causalités "naturelles" et le respect de l'équilibre du corps (thermique, alimentaire, de sommeil, etc.) ; les causalités "sociales" (les conditions de vie et de travail) et les causalités "surnaturelles" (effet de la violation d'un interdit moral ou religieux). Néanmoins, l'examen des matériaux d'enquête révèle la coexistence de plusieurs registres étiologiques dans l'interprétation de certaines maladies. Souvent, ils correspondent à différentes étapes de la maladie. Ainsi une maladie à son début peut être expliquée comme l'effet du "froid". Ensuite si la famille ne réussit pas à la guérir avec les remèdes habituellement utilisés pour les maladies de "froid", le trouble peut susciter des questions par rapport à son origine et devenir une maladie "surnaturelle". En somme, les maladies peuvent passer d'une catégorie à une autre selon la manière dont elles sont traitées et diagnostiquées par les familles et/ou les différents thérapeutes.

Dans le cas des deux enquêtes, nous trouvons une différence entre les divers registres étiologiques évoqués selon l'origine exogène ou endogène attribuée à la maladie. Même si au premier abord on pourrait penser que le "modèle" des causalités naturelles assigne la maladie à une origine exogène : éléments atmosphériques, qualités naturelles des choses, agents de contagion, etc., en réalité, l'origine première de la maladie est endogène puisque, par le biais de son "inconduite", c'est l'individu lui-même qui participe au déclenchement de la maladie. L'inconduite est la catégorie qui recouvre toutes les attitudes "fautives" par rapport à la conservation d'un équilibre thermique, alimentaire, énergétique, émotionnel ou moral². Dans ce cas, on pourrait dire que les sujets ont une conception culpabilisante de la maladie, qu'ils s'en sentent responsables^[12].

Dans le cas des causalités sociales, la maladie est exogène, elle provient des conditions d'existence liées au statut social des individus. Le rapport entre les individus et leurs conditions d'existence est un rapport d'extériorité : ils n'ont pas l'impression d'être à l'origine ou de pouvoir modifier ces conditions de vie. Bien au contraire, face à cet ordre social, ils se sentent contraints de subir un mode de vie imposé et pathogène. Le transfert de cette responsabilité sur la société n'est pas seulement disculpation mais aussi accusation, mise en cause de l'ordre social. L'individu se déclare d'autant plus victime qu'il n'est pas coupable.

Le troisième modèle étiologique oscille entre deux pôles : les conceptions exogènes et les conceptions endogènes de la maladie. D'une part, elle est considérée comme la sanction de la transgression des interdits moraux et/ou religieux. De l'autre, elle est attribuée à l'intervention d'un être humain, d'un esprit ou d'un Dieu dont le malade serait la victime. Dans le premier cas, l'individu participe à la

genèse de sa maladie en transgressant un ordre établi ou en n'observant pas les préceptes de sa culture ou religion. Dans le second, le sujet se considère la victime d'une action maléfique volontaire ou involontaire. Ce faisant, il identifie la maladie à une agression venant de l'extérieur. Dans ce mode d'interprétation, la maladie permet au sujet la mise en scène des multiples enjeux présents dans ses rapports sociaux et lui assigne une place dans l'ordre social.

Toutes ces conceptions étiologiques ont un point commun : elles cherchent à relier la maladie à un ordre du monde et à un ordre social, à trouver une explication des maladies plus satisfaisante que celle fournie par les diagnostics médicaux. Les questions provoquées par la maladie dépassent largement le domaine des réponses médicales qui méconnaissent la dimension intersubjective, sociale et métaphysique de la maladie. Au demeurant, si ces diverses conceptions étiologiques peuvent bel et bien coexister dans la population et dans l'interprétation d'une même maladie, c'est parce qu'aucune d'entre elles ne rend compte totalement de l'explication de la maladie. Derrière le recours à ces diverses interprétations, on peut lire l'insatisfaction face à l'absence d'un modèle qui permettrait d'intégrer plusieurs causes pour expliquer d'une manière globale la maladie ; car l'individu malade ressent toujours le besoin de rapporter son expérience singulière à l'ensemble des données de sa vie et de son environnement pour lui donner un sens.

Prévention : deux formes de temporalité

L'enquête nationale du cancer de l'utérus nous a permis de comprendre les notions de prévention contenues dans les conceptions profanes de la santé, et de les comparer avec les conceptions institutionnelles et d'en déduire leurs différences et les conséquences à l'heure d'appliquer des politiques publiques de prévention.

L'idée centrale de prévention est, pour les femmes enquêtées, liée à la conception du processus santé-maladie par rapport au temps. En effet il n'y a pas de reconnaissance de maladie en l'absence de signes socioculturels ou de symptômes physiques. Cette représentation ne peut alors que reconnaître la maladie quand elle produit des signes visibles aux regards profanes. L'histoire et les formes temporelles de la maladie sont rythmées par les événements de tous les jours, par le devenir quotidien. Cependant il existe une forme de structure temporelle en dehors de ce niveau quotidien, même si l'événement pathologique a une apparence accidentelle. Cette structure est représentée par la catégorie de prévention de certaines maladies à travers les attitudes et les comportements (contrôle des excès, obéissance à l'ordre moral établi), par l'intermédiaire d'objets (qui par leur pouvoir surnaturel ou magique protègent d'éventuelles contagions), par l'usage d'herbes ou d'aliments (qui protègent face aux états de fragilité du corps qui permettraient l'entrée d'influences morbides exogènes).

Ces temporalités sont alors dépourvues du sens qu'aurait pour l'épidémiologie la période d'incubation d'une maladie infectieuse, ou de manière générale toutes les périodes qui identifient la présence d'une maladie à travers les signes cliniques qui ne correspondent pas aux signes ou aux symptômes subjectifs du malade. En synthèse, il s'agirait de reconnaître que ces périodes de visibilité clinique sont justement les périodes ou les ordres d'invisibilité profane. Dans le cas du cancer de l'utérus, une période initiale d'identification de signes visibles

au microscope sans présence de symptômes donnés, serait un juste exemple d'incompatibilité temporelle de la maladie.

Il est donc évident que prétendre à une action collective de prévention, se heurte aux représentations qu'ont les femmes liées à leur conception de la maladie et de la santé, et que les deux formes temporelles d'expression n'ont pas de correspondance.

Conclusion

La définition de l'OMS en tant que définition universelle ignore l'existence de représentations spécifiques de la maladie et des modalités de maladie différentes de celles qui ont été construites par la médecine occidentale (qui est elle-même le produit d'une culture déterminée). La santé et la maladie sont des concepts et des représentations qui ne peuvent être totalement compris que dans le contexte d'une culture spécifique, laquelle fournit les explications et les traitements.

L'OMS a cherché à définir la santé d'une façon absolue et universelle, comme un état idéal. Au contraire, pour les profanes, la santé et la maladie ne sont pas des réalités déliées du reste des domaines de leur vie. C'est pourquoi ils définissent la santé et la maladie en intégrant des éléments en rapport avec leurs conditions de vie et de travail, leurs relations familiales, leurs rapports à autrui, leurs croyances, leurs valeurs. La maladie et la santé ne sont pas définies par nos enquêtés comme des états facilement délimitables, momentanés et opposés. Au contraire, dans leurs conditions matérielles de vie, les limites qui séparent le normal du pathologique ne sont pas facilement repérables. La normalité correspond souvent à une condition intermédiaire et continue de maladie. Perçue et vécue comme gêne, comme ennui, comme contrainte, elle ne devient une maladie que lorsqu'elle empêche le travail. Comme nous l'avons montré, dans la conceptualisation spontanée et dans l'expérience des gens, la santé et la maladie ne sont pas des réalités uniques, elles se définissent et s'éprouvent de très diverses façons. Il serait plus juste de parler *des santés* et *des maladies* que de la santé et de la maladie. En ce sens la proposition de comprendre la santé et la maladie comme des processus qui sont le résultat de l'interaction de nombreuses déterminations correspond plus aux concepts et au vécu des personnes interrogées.

La considération de la santé et de la maladie comme des réalités sociales traversées par la culture, comme des processus sociaux a plusieurs conséquences pour la pratique des professionnels de la santé : d'une part, elle accorde un nouveau rôle et une place primordiale aux sciences sociales dans l'explication du processus santé-maladie ; ensuite elle définit les actions de santé comme des opérations qui nécessitent la participation coordonnée des professionnels non formés dans le domaine bio-médical ; finalement elle résout les problèmes depuis une approche interdisciplinaire de la promotion et de la récupération de la santé.

D'autre part, l'impossibilité professionnelle de construire un diagnostic de la maladie qui intègre les ordres social, psychique, culturel, est déterminée par l'absence de signes visibles aux codes médicaux dans ces autres ordres. Bien qu'il puisse exister une identité symbolique ou symptomatique dans ces sphères de la vie humaine, il n'existe pas de discours sémiologique qui rende compte de leur équivalence clinique. Cette possibilité est encore en cours et constitue une des applications théorico-méthodologiques du type d'enquête mentionné dans cet écrit.

Pour finir, il faudrait signaler que depuis cinq ans, un des principaux objectifs de la pratique sociale en santé a été la promotion de la santé. Cette conception s'est développée en Colombie depuis les Réformes en matière de santé produites par la Nouvelle Constitution Politique (1991) et la nouvelle loi de Sécurité sociale (1993) qui reconnaissent la santé comme un droit et cherchent à garantir la qualité de vie des personnes et des communautés. Dans ce contexte, il est possible d'entreprendre des actions de promotion qui réussissent à séparer la santé du domaine bio-médical pour la relier aux différents espaces (familiaux, professionnels, politiques, communautaires, de loisirs) dans lequel se déploie la vie des gens⁶. Connaître les conceptions profanes des phénomènes sanitaires permet alors de donner une cohérence aux programmes de promotion de la santé, et de les rendre ainsi efficaces.

Références bibliographiques

- 1 Pierre Aiach, Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes, INSERM, Vol 104 : 357-366, 1981.
- 2 Carmen Bernand, *La solitude des Renaissants : malheurs et sorcellerie dans les Andes*, Paris, Presses de la Renaissance, 1985.
- 3 Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, Mouton, 1969.
- 4 Didier Fassin, *Thérapeutes et malades dans la ville africaine : rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar*, Thèse de sociologie, E.H.E.S.S., Paris, 1988.
- 5 Michel Foucault, *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 2^e édition, 1972.
- 6 Saúl Franco, Doris Ochoa, Mario Hernandez, *La promoción de la salud y la seguridad social*, Serie Documentos Especiales No. 5, Corporación Salud y Desarrollo, julio 7 de 1995.
- 7 Elliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- 8 Claudine Herzlich, Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984.
- 9 Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier-Montaigne, 1981.
- 10 Claude Levi-Strauss, "Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss", in : M. Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1958, p IX-LII.
- 11 Françoise Loux, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, Interéditions, 1983.
- 12 Maria Andrea Loyola, *L'esprit et le corps : des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 1983
- 13 Les mots et les maux, le langage dans le domaine de la santé et de la médecine, *Prévenir* n° 11, 1985.
- 14 Mara Viveros, *L'herbe de l'endurance : discours et pratiques thérapeutiques des habitants de Villeta, une commune colombienne*, Thèse de sciences sociales, Paris, E.H.E.S.S., 1990.
- 15 Mara Viveros, *La relation entre médecins et malades. Une enquête à Villeta, village colombien*, in : D. Fassin et Y. Jaffré (coord.), *Sociétés, Développement et Santé*, Paris, Ellipses, 1990.
- 16 Andras Zempleni, "Anciens et nouveaux usages de la maladie en Afrique", *Archives des Sciences Sociales de la Religion*, 54 (1), 1982, p 5-19.

Notes

- [1] Voir Emilio Quevedo, "El proceso salud enfermedad hacia una clínica y una epidemiología no positivistas", dans Cardona Alvaro (cd), *Sociedad y salud*, Bogota, 1992.
- [2] L'idée d'obstacle épistémologique est tirée de l'œuvre de Gaston Bachelard *La Formation de l'esprit scientifique*, où l'auteur présente des "confusions intimes" propres aux discours des sciences et qui peuvent empêcher le développement de certaines analyses conceptuelles d'un courant de connaissances.
- [3] Nous avons travaillé le concept de paradigme à partir de l'œuvre de Thoms S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of Chicago Press, 1962. Trad. española *Estructura de las revoluciones científicas*, segunda reimpresión, México, Fondo de Cultura Económica, 1975, pp. 33-50.
- [4] Pedro Lain Entralgo, *El diagnóstico médico. Historia y teoría*, Barcelona, Salvat Editores, 1982.
- [5] Peter Frank Johann, "Discurso", cité par Henry Sigerist in "Johann Peter Frank : un pionero de la Medicina Social", in : *Hitos en la Historia de la Salud Pública*, México, Siglo XXI Editores, 1981, p. 70.
- [6] En particulier nous pouvons citer les travaux de Asa Cristina Laurell et Eduardo Menéndez au Mexique et ceux d'Edmundo Grand et Jaime Breilh en Equateur.
- [7] Parler de la population de la commune s'est avéré trop général et inexact. D'abord, parce que cette commune n'est pas un ensemble homogène socialement et ensuite parce que la famille joue un rôle privilégié dans la détermination des conduites à suivre face à la maladie.
- [8] Villeta est une commune située à 87 kilomètres de Bogotá avec une population de 19 426 habitants en 1985, répartis comme suit : 51 % pour la zone urbaine, et 49 % pour la zone rurale. Les principales activités économiques de la commune sont le commerce, le tourisme, la culture de la canne à sucre et sa transformation en pain de sucre, *panela*. Du point de vue de la santé, la plupart de la population présente les mêmes caractéristiques que la majorité de la population colombienne, une prédominance des maladies infectieuses associées à la malnutrition et à l'absence d'assainissement.
- [9] Le terme "médecine populaire" recouvre des pratiques thérapeutiques très diverses qui ne constituent un ensemble que par rapport à une logique de pouvoir (Fassin, 1988).
- [10] Les *comadronas* sont des femmes généralement âgées auxquelles les femmes font encore appel lors des accouchements.
- [11] Division administrative qui désigne un secteur rural au sein de la commune.
- [12] On pourrait signaler au passage que cette conception semble correspondre à des modèles étiologiques répandus dans la zone andine et répertoriés comme étant liés aux coutumes et croyances des Indiens de cette région (Bernand, 1985, chapitre IX).



Inégalités, Santé, Exclusions

“Un Français sur quatre renonce aux soins”. “Les inégalités dans l'accès aux soins s'aggravent”. “Exclus des soins : les Français de plus en plus conscients du problème”. Ces titres relevés dans la presse quotidienne, en 1995, le soulignent : aujourd'hui, des personnes renoncent aux soins parce que leur prise en charge est insuffisante. La maladie génère l'exclusion, l'exclusion nuit à la santé. C'est à cette parabole qu'est consacré ce numéro de Prévenir.

Des statistiques précises détaillent les différences de consommation médicale des Français. Les comportements vis-à-vis des soins médicaux dépendent du milieu social et du revenu.

Mais mesurer les inégalités de santé à la seule aune des différences de consommation médicale est trop court. Il faut envisager les inégalités déterminées moins par le recours et la composition du système curatif que par l'environnement sociétal et le degré de socialisation des personnes. La santé, ce ne sont pas les soins médicaux. Pour produire la santé, une société doit produire autre chose que des soins... de la richesse, de l'emploi, de l'éducation et ainsi de suite.

La première partie de ce numéro de Prévenir fait donc raison d'une simple relation entre consommation médicale et santé pour étudier les rapports entre statut socio-professionnel et conditions de vie et de santé.

Mais, si les inégalités en santé n'ont donc pas pour origine essentielle l'insuffisance du système de soins et de protection sociale, il faut souligner cependant que l'adaptation de l'offre de soins et l'amélioration de la protection sociale est nécessaire pour réduire ces inégalités.

La démonstration est plus évidente si on l'applique aux personnes qui se situent au bas de l'échelle des inégalités : les exclus. C'est l'objet de la seconde partie de ce numéro de Prévenir.

SOMMAIRE

Dominique DURAND, Editorial

— I —

Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI,
Les inégalités d'accès aux soins

Bernadette ROUSSILLE,
Etat de santé et inégalités en France

Pierre ALACH,
La société au miroir des inégalités de santé

Marc RENAUD, Louise BOUCHARD,
Pour un nouveau paradigme de la santé

Monique HEROLD, Médecine prédictive
et société

Pierre ARWIDSON, Essayer de comprendre
les inégalités sociales face à la santé

Annie THÉBAUD-MONY, Précarisation
du travail, précarisation de la santé.
Quel coût social ?

Pierre SURAULT, Logique économique
et inégalités de santé

Didier FASSIN, Un monde inégal.
La globalisation des disparités sociales
devant la santé

— II —

Michel JOUBERT, Crise du lien social
et fragmentation de l'accès aux soins

François CHOBEAUX, L'approche
communautaire dans la modification
des conduites de santé des jeunes
en difficulté d'insertion

Fernando BERTOLOTTO, Travail social,
insertion et maladie : réduire les inégalités

Patricia BOUHNIK, Sylviane TOUZE, Du plaisir
à l'état d'urgence : santé et prises de risques

chez les usagers de drogues dures concernés
par le VIH

Catherine FABRE, Le recours aux urgences
hospitalières : un mode d'accès aux soins
spécifique des populations défavorisées

Didier THÉRON, Marie-Thérèse LORIAN,
Daniel BLEY, Les SDF dans la cité. Flux et
échouage de vagabonds à Aix-en-Provence

DIREPS Centre-Ouest

- France DUPOUËT-HODÉ,
Anne-Marie PALICOT,
Développement d'une action collective
“santé”, à partir d'une banque alimentaire

- Jacky HOUSSET, La santé “en cloche”
ou l'expérience originale de santé
communautaire
dans un foyer d'hébergement pour SDF

- Michèle LANDUREN, Action santé
auprès d'une population de “femmes
du voyage”

- Chantal MORIN, La dimension santé
dans l'insertion par l'économie

- Clara DAVIET, Chantal IQUELLE,
Comment aborder l'alcool
avec les personnes en difficulté ?
La réponse de Sablé

France DUPOUËT-HODÉ, Anne-Marie
PALICOT, L'analyse des actions

Jean-François REY,
La Mutuelle Provençale de la Solidarité

Jeanine DUPRAT, Exclusion sociale et solidarité

Christine COLIN, Suzanne MOFFET,
Les inégalités socio-économiques et la santé :
aperçu de la perspective québécoise.

LA FRONTIERE ENTRE LA SANTÉ

ET LE SOCIAL

“Je n’ai personnellement pas de définition de la santé. Ma définition de la santé, c’est celle de la population avec laquelle je travaille”, a dit en substance Bernard Pissaro au cours d’un récent colloque¹. Cette phrase est au cœur de notre débat. Elle témoigne d’une approche qui laisse la population définir elle-même sa santé, et qui la laisse inventer les actions pour l’améliorer. Avec un peu d’aide peut-être.

Ce mariage total de la santé et du social a pourtant certaines limites. Nous voyons au moins deux frontières à respecter. La première frontière est d’ordre scientifique. Les liens entre mauvaise position sociale et mauvaise santé sont bien connus mais les mécanismes physiopathologiques en œuvre le sont très mal. On est face à des facteurs de risque sociaux difficiles à mesurer. Il y a probablement beaucoup de biais. Et n’affirmons pas de causalité sans preuve. La deuxième frontière est d’ordre professionnel. Pour un professionnel de santé publique, vouloir agir sur des facteurs de risque tels que la hiérarchie sociale, le soutien social, le stress le fait glisser *ipso facto* vers le terrain politique. Et les stratégies professionnelles et politiques doivent rester différentes par nature.

Avec cet angle d’approche, nous passerons en revue les différentes manières de définir la santé, puis les différents moyens non curatifs d’action sur la santé.

Pierre ARWIDSON, Médecin attaché au Centre hospitalier régional universitaire de Tours. Médecin conseiller technique du Comité départemental d’éducation pour la santé d’Indre-et-Loire et de l’Association de cardiologie du Centre - Val de Loire.

18, rue Henri-Barbusse - 37000 Tours

Définir la santé

Il y a deux sortes d'émetteurs de définitions. Les lexicographes, qui comme Emile Littré ou Paul Robert, essaient de saisir le sens des mots à travers leur usage dans les livres et la rue. Comme nous faisons tous évoluer chaque jour le sens des mots, cela fait de nos lexicographes d'infatigables chasseurs de papillons. Ils essaient de saisir les nouveaux sens des mots, de repérer les mots nouveaux ou ceux devenus "inusités". L'autre type d'émetteur est l'autorité, institutionnelle ou savante, qui souvent pour ses besoins propres, clarifie un domaine par une définition. Nous nous retrouvons donc avec des définitions plutôt ascendantes, celles des lexicographes, et celles plutôt descendantes, des autorités. Ce double flux est permanent.

Une des autorités émettrice de définition est naturellement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). D'ailleurs y a-t-il autorité sanitaire plus haute ? Sa Constitution de 1946 contient la définition suivante : "La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité."

L'OMS tient là son rôle salubre de fabricant de synthèses et d'utopies. Cette définition a également été prémonitrice. Des études expérimentales et épidémiologiques prospectives sont venues confirmer les liens existant entre social, mental et physique. Ce champ de recherche, parfois appelé *mind body research*² est encore peu connu et insuffisamment développé. Des liens statistiques entre niveaux de catégorie socio-professionnelle, d'étude, de rémunération, de soutien social, de stress d'une part et mortalité et morbidité d'autre part ont été mis à jour. Mais qui dit lien statistique ne dit pas lien de causalité. Il ne faut pas continuer les abus commis quotidiennement par certains préventologues – aidés par les journalistes – qui déguisent les facteurs de risque en causes pour parvenir à leurs fins. En 1965, Hill a défini les critères nécessaires pour pouvoir passer d'une association à une causalité (tableau 1)³. Ces critères sont à méditer longuement pour qui informe le public de risques de santé.

La force	Le risque relatif est élevé ⁴
Le lien à la dose	plus l'exposition au facteur est importante, plus le risque s'élève
La succession dans le temps	le facteur précède la maladie
La stabilité	l'association entre le facteur et la maladie se retrouve dans différentes études, différentes populations vivant dans des conditions différentes
L'indépendance	Le facteur doit être dégagé des facteurs confondants (exemple : l'obésité est un facteur de risque de maladie coronaire, qui disparaît si on étudie l'hypertension artérielle et le diabète. L'obésité n'est pas un facteur indépendant)
La cohérence	L'association est cohérente avec les autres connaissances sur le sujet.
La spécificité	Le facteur ne prédit que l'apparition de cette maladie
La réversibilité	Si l'exposition au facteur diminue, l'incidence de la maladie doit diminuer

Tableau 1 : de l'association statistique au lien de causalité

Une fois que la machinerie statistique met à jour une association, il faut encore donner un sens à cette association. Chercher l'explication, trouver les biais. L'explication peut être physiopathologique. Le biais peut être social... ou l'inverse. Par exemple, au début de l'épidémie du Sida, on a attribué les *nouvelles* maladies des homosexuels masculins aux *poppers*. Il ne faut donc pas, sous prétexte que cela sert une cause, aller trop vite et se servir de recherches scientifiques incomplètes pour justifier une politique.

Si elle a trouvé quelques confirmations scientifiques, la définition de l'OMS a quand même des défauts. Elle ne prend pas en compte l'ensemble des usages du mot santé. Mais l'OMS n'est pas lexicographe. Pour les professionnels, cette définition n'est pas opérationnelle. Il faut à un moment ou à un autre mesurer. Inventeur de la psychologie statistique, Galton notait fort justement : *"Jusqu'à ce que les phénomènes d'une branche quelconque des connaissances aient été soumis à la mesure et au nombre, cette branche de connaissance ne peut assumer le statut et la dignité d'une science."*⁵

Nous envisagerons plusieurs façons de définir la santé : la santé domaine, la santé perçue et la santé mesurée. Nous verrons également comment elle se mesure et surtout comment l'automesure va devenir disponible.

La santé domaine

La santé est un vaste champ d'activités humaines. Le secteur de la santé pourrait être défini comme étant l'ensemble des activités humaines qui ont pour objet le fonctionnement du corps humain et par extension celui du monde vivant. C'est un secteur économique, industriel, professionnel. C'est un de ces méga-champs qui divisent nos journaux quotidiens, avec l'économie, la politique, la justice, le social, la culture. Ses satellites habituels étaient les thèmes comme la beauté et les loisirs. Mais les temps changent. Récemment ce sont plutôt les interactions entre santé et politique (sida, amiante, prions), et santé et économie (les déficits) qui sont explorées. La santé devient un sujet brûlant.

La santé perçue

"Tant qu'on a la santé". "L'important c'est la santé". Les gens ont une opinion sur ce qu'est la santé. Le CREDOC a interrogé 2 030 personnes en février 1993⁶. On voit, dans les résultats, à quel point la notion de santé dépasse celle de l'absence de maladie (tableau 2). La santé est associée au plaisir, à la liberté ou à l'autonomie.

	Beaucoup	un peu	pas du tout	ne sait pas
Prendre plaisir à la vie	88,0	10,9	0,8	0,4
faire ce que l'on veut	79,5	18,0	1,5	1,0
ne pas être malade	63,4	27,2	8,8	0,5
vivre mieux	60,4	28,1	8,4	3,0
ne pas souffrir	56,5	31,7	11,1	0,7
ne pas avoir à consulter un médecin	39,7	34,5	25,7	0,2

Tableau 2 : enquête CREDOC-HCSP février 1993

Si on demande aux Français s'ils se sentent en bonne santé, la grande majorité répond oui (figure 1)⁷.

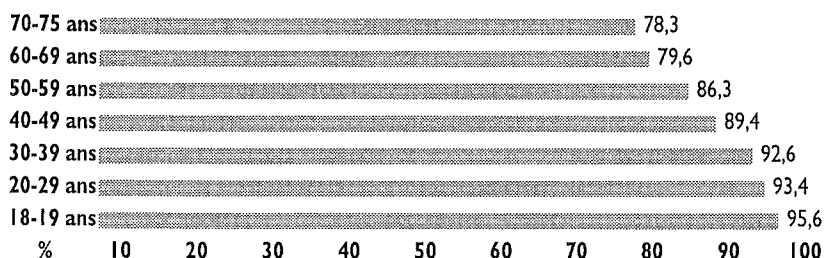


Figure 1 : proportion des Français qui jugent leur état de santé satisfaisant (très ou plutôt) en fonction de leur âge. Baromètre Santé 1992, CFES.

La santé mesurée

Les professionnels de santé mesurent la santé **individuelle** par un arsenal de questions, d'examens cliniques, d'examens complémentaires. On arrive parfois à des discordances entre la vision des professionnels de santé et les personnes examinées. Naidoo et Wills nous proposent un schéma simple pour envisager l'ensemble des possibilités (figure 2)⁸.

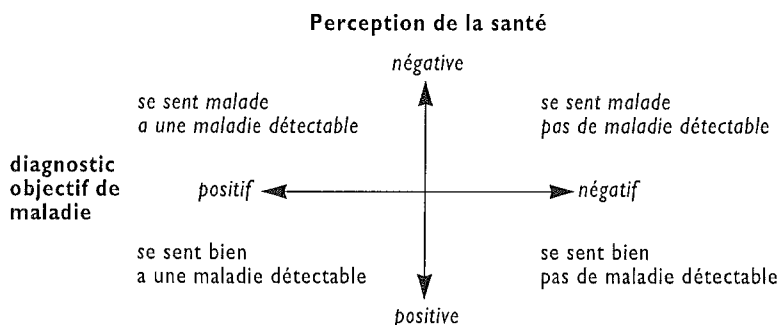


Figure 2 : relation entre santé perçue et santé mesurée

Une personne se sentant malade peut se voir traiter de faux malade ou de simulateur, si la maladie n'est pas connue, ou si aucun moyen diagnostique n'existe à un moment donné. Une personne en bonne santé peut être étiquetée comme malade après un dépistage (à tort si le test était faussement positif). **Primum non nocere** s'applique pourtant aussi à la prévention. Elle s'y applique d'autant plus que l'on s'adresse à des personnes en bonne santé, même apparente.

Les professionnels de la santé publique mesurent la santé **collective** grâce à des indicateurs ou variables. Par exemple l'OMS en suit 186 sur 56 pays depuis 20 ans⁹. On dira donc d'un pays que sa population est en bonne santé, si l'espérance de vie est élevée, si la mortalité infantile ou juvénile est faible, etc.

Les questionnaires

L'intérêt croissant pour la santé perçue, pour la qualité de vie, et pour l'évaluation standardisée des états psychologiques a conduit à la construction de nombreux questionnaires psychosociaux et à leur validation. Guelfi et ses collègues ont commencé le monumental travail d'analyse et de recensement de ces ques-

tionnaires psychosociaux en français⁵. L'approche de Guelfi est celle du psychiatre. Il reste à compiler et traduire les questionnaires psychosociaux qui ont servi à évaluer les facteurs comme le soutien social, le stress, etc. Nous proposons ici un des questionnaires les plus cités, le questionnaire de santé générale (*General Health Questionnaires ou GHQ*). Il a été créé par Goldberg en 1972, et amélioré depuis. Il existe en plusieurs versions : 60, 30, 28 et 12 questions (tableau 3). Les réponses sont données sur une échelle de Likert en 4 points.

1. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?
2. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?
3. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?
4. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e)" ?
5. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?
6. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?
7. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?
8. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?
9. Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?
10. Avez-vous perdu confiance en vous-même ?
11. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?
12. Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?

Tableau 3 : *General Health Questionnaire (GHQ 12)*

Ce questionnaire permet, comme n'importe quel test de dépistage, de détecter dans la population générale des personnes que l'on examinera avec plus de précision. Il permet à des non-psychiatres d'avoir un outil de dépistage. Il permet de suivre l'évolution d'une population à des temps différents.

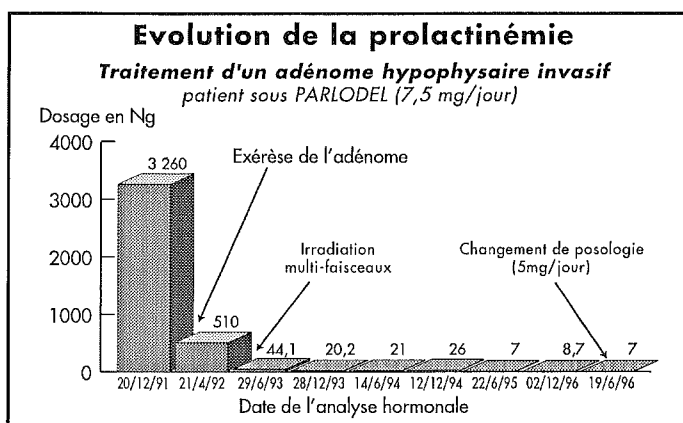
Parallèlement à cela, les centres d'examen de santé, comme l'IRSA¹⁰ ou l'IPC¹¹ ont développé des questionnaires de santé standardisés. Ces questionnaires, contenant entre cent et deux cents questions, explorent les conditions de vie, les antécédents, les symptômes, la santé mentale. Ils sont lus automatiquement et analysés de façon informatique. Ces questionnaires ne pourraient-ils pas être adaptés et utilisés par les médecins libéraux ? Les outils informatiques actuels pourraient en assurer l'exploitation. Ceci rentrerait parfaitement dans le cadre d'une réorientation des généralistes vers des missions de santé publique. Une version simplifiée de ces questionnaires ne pourrait-elle pas être directement accessible pour le public, sans passer par un professionnel de santé ?

L'automesure

Il n'est pas de doute que la révolution à venir est l'**automesure de la santé**. Les personnes atteintes de maladies chroniques ont été les premiers utilisateurs. L'hypertendu mesure sa pression artérielle. L'asthmatique mesure son débit expiratoire. Le diabétique mesure sa glycémie et sa glycosurie. Illustration. Michel Jan, neurochirurgien de Tours, a récemment eu la surprise de recevoir un graphique informatique en couleur, réalisé par un patient qu'il avait opéré il y a cinq ans (figure 3). Ce patient, opéré d'un adénome de l'hypophyse, suivait minutieusement la décroissance de son taux sanguin de prolactine.

Le grand public a également accès à certaines techniques. Les femmes disposent des diagnostics urinaires de grossesse. Viennent d'arriver sur le marché les appareils d'automesure de l'alcool dans l'air expiré. Certains kits d'amaigrissement proposent des appareils de mesure de la masse adipeuse. On peut surveiller son pouls au cours d'un effort physique. Un test salivaire de dépistage du virus du sida a été mis au placard. Pour l'instant, Des tests simples utilisés par les professionnels de santé vont être progressivement adaptés et vendus au grand public.

Figure 3 : reproduction d'un graphique informatique en couleur réalisé par un patient traité pour un adénome de l'hypophyse, et adressé à son chirurgien.



L'accès au plus grand nombre aux tests par questionnaires validés (par ceux proposés en exclusivité une seule fois pour un magazine !) suivra naturellement celui des tests de dosage chimique et de mesure. Le test de Fagerström de dépendance nicotinique est déjà largement diffusé. Pour l'alcool, il y a le MAS ou DETA (tableau 4) qui ne comprend que quatre questions. A partir de deux oui au questionnaire, vous êtes considéré comme ayant un problème avec l'usage de l'alcool.

-
1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
-
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
-
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
-
4. Avez-vous déjà un besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
-

Tableau 4 : Questionnaire DETA sur les problèmes d'alcool

8,7 % de personnes interviewées par le CFES avaient au moins deux items positifs – soit 3,3 millions de personnes¹². Parmi eux, il y avait 14,4 % d'hommes et 3,2 % de femmes.

Les autotests diagnostiques à usage du grand public vont se multiplier sur les différents médias. Il y a même des tests génétiques !^{13, 14}. L'accès à de vastes bases de connaissances en ligne, en consultation ou en interaction, va s'accroître. On peut imaginer un 3615 Douleurdiag ! Tout cela risque de modifier la relation soignant-soigné.

Des stratégies d'**automesure collective** de la santé dans une région, une ville, une entreprise, une école, une institution se mettent en place. Les méthodes sont balbutiantes. Les fonds consacrés sont peu importants, voire ridicules. Les compétences se construisent progressivement. Que va nous apporter une enquête locale ? Faut-il faire une enquête qualitative ou quantitative ? Ne faudrait-il pas commencer par une recherche bibliographique ? Doit-on utiliser un questionnaire ? Faut-il le construire nous-mêmes ? Comment en vérifier la validité ? Doit-on faire des entrevues individuelles ? Comment recueillir les données ? Que doit-on observer ? Comment analyser les données ? Que faire des résultats de l'enquête ? Les livres disent que toute démarche de projet doit commencer par une analyse de besoins (de santé). Les mêmes livres sous-estiment les ressources et les compétences nécessaires. Le mythe de la recherche-action à la portée de tout acteur social est en marche... D'ailleurs, l'OMS propose¹⁵ de mettre au point une approche susceptible d'unifier l'appui informationnel, la gestion des services de santé et les services communautaires, au moyen d'informations fondées sur la notification par un **personnel non médical** au sens large, c'est-à-dire d'**informations recueillies dans la communauté**. En même temps, l'OMS reconnaît les difficultés de la tâche. Elle est favorable au développement de méthodes non traditionnelles. Et souligne que les méthodes ou systèmes (d'information) devaient être développés localement et qu'en raison de facteurs tels que les profils de morbidité, ou les différences linguistiques et culturelles, il ne fallait pas essayer de les appliquer dans d'autres pays ou d'autres régions.

Agir sur la santé

Définir la santé n'a d'intérêt que si on tente de l'améliorer. Le système de soins, indispensable, ne participe pourtant que de façon minoritaire à cette amélioration. Le Haut Comité de la santé publique estime que seul un tiers de la mortalité prématurée évitable est lié au système de soins⁹. Les deux autres tiers, soit 40 000 décès annuels de moins de 65 ans, sont liés aux comportements. Et ces comportements sont inscrits socialement. On fume, bien sûr parce qu'on en tire un avantage psychologique, mais aussi parce que les cigarettes sont fabriquées, vendues, taxées. On fume sous influence de nos proches et de la publicité. L'intrication extrême des comportements, des environnements et des individus fait que les approches simplistes sont illusoire. Il y a longtemps que les professionnels savent qu'**informer et faire peur** non seulement ne sert à rien, mais n'est même pas un bon préalable à une action de prévention. Ce qui n'empêche pas la population de réclamer des publicités de prévention choc (faites-nous peur, comme en Angleterre...). Ce qui n'empêche pas qu'informer – voire désinformer – et faire peur soit l'essentiel de la prévention "patronage". D'autres stratégies moins naïves, plus globales, qui prennent en compte le maximum de facteurs ont été développées. Elles ont été regroupées en 1986 sous le terme promotion de la santé (Charte d'Ottawa). La promotion de la santé comprend des actions réglementaires, éducatives et organisationnelles.

Faire des lois

La première stratégie est de légiférer ou réglementer. Les lois Veil et Evin sur la publicité de l'alcool et le tabac en sont un exemple type. Sans savoir si la loi Evin est seule en cause, elle précède immédiatement une baisse rapide de 9 % de la consommation de cigarettes en France¹⁶. Si on sait que la loi a une fonction répressive, on oublie souvent sa fonction expressive. Elle exprime un souhait, une intention de la représentation nationale. Les lois ont donc un double intérêt. Mais, tout projet de loi favorable à la santé, va se heurter aux groupes de pression. Les doléances de ces groupes de pression sont bien sûr recevables – sauver de l'emploi par exemple. De plus d'interminables discussions sur la responsabilité et la liberté individuelle vont occuper les débats parlementaires. Face à ces difficultés, les politiques renoncent souvent à légiférer. La politique est l'art du possible, dit-on.

Donner des compétences

On se tourne donc vers l'éducation pour la santé considérée comme inoffensive voire inefficace. Et à tort, certaines stratégies sont efficaces. Un de ses avantages, est de permettre aux politiques d'éviter d'avoir à gérer les conflits des groupes de pression. Cette éducation pour la santé a pris des habits modernes. Elle utilise les techniques de la publicité et du marketing. Elle utilise aussi les approches de la formation moderne. Elle ne repose plus seulement sur la transmission d'informations sanitaires à un auditoire passif. Les médias s'en chargent. Il s'agit de donner des compétences supplémentaires aux gens. On parle de donner aux gens des aptitudes essentielles à la vie (*life skills education*)¹⁷. Réfléchir sur soi. Gagner un peu d'indépendance par rapport à l'influence des autres. Dire non¹⁸. Avoir un regard critique sur l'information. Faire respecter son choix. Ce qui peut conduire à apprendre à **résoudre des problèmes** de la vie courante, et à s'entraîner à les appliquer au cours de **simulations**.

Adapter les organisations

La troisième stratégie consiste dans l'adaptation des organisations de base. La littérature anglo-saxonne emploie le mot de **communauté** (community). Sans parler de l'Europe, le mot communautaire a un triple sens. Il signifie à la fois faire en commun, habiter au même endroit, et partager les mêmes valeurs. Pour être plus clair, il faut déterminer lequel des sens on emploie. On peut parler de **lieux de vie**. Il peut s'agir d'une école, d'un quartier, d'une entreprise. L'adaptation organisationnelle en faveur de la santé s'est également inspirée des concepts-clés en cours dans la réflexion managériale : **participation, autonomie, empowerment** (augmentation du pouvoir)¹⁹. On n'agit pas sur les comportements de santé d'une population sans sa participation effective, explique le dirigeant mutualiste Daniel Le Scornet²⁰. Oui, mais ce n'est pas aussi simple.

Les difficultés d'évaluation

Si l'action est décidée avec la population, il est difficile d'avoir des objectifs préalables. Il est difficile de comparer des stratégies, à part de très grandes lignes, puisqu'elles sont inventées au cours de l'action. Les groupes contrôles sont rares. Pour la France, on peut citer l'action menée sur la santé cardiovasculaire dans la ville d'Epéron. Les effets de l'action sont comparés à l'évolution naturelle d'une ville témoin restée secrète. Récemment un panel d'experts com-

mandité par l'Association américaine du cœur (AHA) a passé en revue les actions de santé communautaire. Ils font le constat laconique, que ce type d'action a, au mieux, un faible effet²¹. L'absence de stratégie d'évaluation et de résultats convaincants est le véritable talon d'Achille de la promotion de la santé.

Les limites en pratique

Montrez à un chef d'entreprise les résultats d'une enquête par questionnaire indiquant que le stress est le sujet qui intéresse ses employés. Il y a de fortes chances qu'il vous dise : *"Si je mets le doigt là-dedans, je vais susciter des revendications syndicales"*. Il vous proposera de faire un peu d'information sur le cholestérol, c'est moins risqué.

Vous avez fait une série d'entretiens en petits groupes, avec les élèves, avec les enseignants, avec les parents d'un collège. Il en ressort que les relations interpersonnelles sont mauvaises. Certains enseignants ne vont avoir qu'une crainte : perdre l'autorité durement gagnée et le contrôle de la classe en changeant de style relationnel.

Vous enseignez la démarche de projet santé à des personnels de Caisse primaire d'assurance maladie. Vous êtes aussitôt confrontés à un flot de mécontentement sur le travail exercé et l'institution. Que vais-je gagner à faire cela en plus de mon travail ? Je n'ai pas été formé pour cela. Je ne suis pas payé pour cela.

Vous suggérez à une municipalité une étude de besoins de santé dans un quartier. Les élus vous disent : *"Surtout pas, on risque de créer des besoins que l'on ne pourra pas satisfaire, et politiquement c'est mauvais"*.

Vous rentrez clairement dans des zones qui sont syndicales et politiques. Vous vous heurtez à l'ordre établi en essayant d'inciter une organisation à être plus productive de santé.

Le conflit avec l'acte politique ordinaire

Il faut connaître la nature manipulatoire des approches participatives. *"Je veux que tu participes à ce que je décide"*. Il est bien plus facile de prendre de la distance et de critiquer une approche autoritaire, qu'une approche participative²². On sait aussi la nature perverse de l'autonomie et de l'autoresponsabilisation. Elle permet aux organisations de ne pas se remettre en cause. On connaît le faux don de pouvoir à un subalterne. Il va se défoncer au travail pour le même salaire, et sera toujours subalterne.

En quoi la participation à une action de santé différerait-elle de la participation ordinaire aux instances décisionnelles ou démocratiques ? Pourquoi dans un lieu de vie, ferait-on participer les gens sur la santé, et pas sur d'autres sujets ? La recherche de participation ne doit pas cacher que le monde se construit sur le conflit et l'opposition d'intérêts contraires. La hiérarchie subsiste, quels qu'en soient la forme et le nombre de niveaux. Les organisations ont des traditions lourdes. Et certaines adaptations organisationnelles ont parfois des airs de révolution. Nous voyons bien là que nous sommes aux limites de l'action sociale et de l'action politique. Et la frontière est bien fragile.

Notes et références bibliographiques

- 1 L'éducation pour la santé en milieu scolaire. Recherche et innovations. Journées d'étude de l'Institut national de recherche pédagogique. Paris, INRP 2 et 3 mai 1996.
- 2 qui pourrait être traduit par *recherche sur les liens entre la pensée et le corps*.
- 3 McGill HC, Major risk factors and primary prevention. An overview, in *Atherosclerosis and coronary disease*. V. Fuster, R. Ross, EJ Topol, Philadelphie, Lippincot-Raven, 1996, 25-44.
- 4 Le risque relatif est le risque pour une population donnée, exposée à un facteur d'être atteint d'une maladie rapporté au risque de la population non exposée. Le niveau de risque relatif est au cœur de la campagne de Philip Morris Europe sur la fumée de tabac dans l'air ambiant. Philip Morris Europe cite des chercheurs (Peto) qui estiment qu'un risque relatif inférieur à 2 correspond à une association faible qui ne permet pas de tirer de conclusion.
- 5 cité par Pichot dans *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Tome 1, J.D. Guelfi, Editions Pierre Fabre, Boulogne, 1993.
- 6 Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC). La perception de la santé en France. Tome 1 : le sondage national. Enquête commanditée par le HCSP, Credoc, Paris, février 1994, 57 p. + 50 p. annexes citée dans *La santé en France, rapport général*. Paris, Haut Comité de Santé Publique. *Documentation Française*, 1994, p. 15.
- 7 F. Baudier, C. Dressen, F. Alias, *Baromètre santé 92*, Vanves, éditions CFES, 1994.
- 8 J. Naidoo, *Health promotion. Foundations for practice*, Londres, Wills J. Baillière Tindall, 1994.
- 9 Haut Comité de Santé Publique, *La Santé en France. Rapport général*. Documentation française, Paris, 1994, page 33.
- 10 Institut régional pour la santé, 45, rue Parmentière, B.P. 122, 37521 La Riche.
- 11 Centre d'investigations préventives et cliniques, 23, rue Lübeck, 75116 Paris.
- 12 F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau et al., *Baromètre santé 93/94*, Vanves, éditions CFES, 1995.
- 13 Martinez J., Les tests génétiques en vente libre. *Viva*, 1996, 103, 24-25.
- 14 F. Orsi, J.-P. Moatti, P. Huard. Assurance maladie et médecine prédictive : une réflexion prospective, *Prévenir* 1995, 29, 139-152.
- 15 CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième Révision. Volume I. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, p. 24.
- 16 G. Dubois, Le tabac et le tabagisme en France en 1996. *Actualité et dossier en santé publique*, 1996, 15, 2-5.
- 17 Life skills education in schools. Division de Santé mentale. Organisation, Genève, 1993.
- 18 Savoir dire non. Brochure CFES / Astrapi.
- 19 J. Botella, L'essentiel du management. Motorola invente les ateliers sans chefs. 1886, 18, 54-56.
- 20 D. Le Scornet, Oser la démocratie, Santé et société. *Lettre de la Société française de santé publique*, 96, 9, 3-4.
- 21 R.A. Carlton, T. Bazzarre, J. Drake et al., Report of the expert panel on awareness and behavior changer to the board of directors, American Hearth Association. *Circulation* 1996, 93, 1768-1772.
- 22 J.-M. Monteil, *Eduquer et former. Perspectives psycho-sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1989.

CONCEPTS ET MESURE

DE L'ÉTAT DE SANTÉ

EN SOCIO-ÉCONOMIE DANS LES TRAVAUX

DU CREDES

Faut-il vraiment mesurer ?

La nécessité de mesurer l'état de santé est apparue dès les premiers travaux en socio-économie médicale, entendue dans un sens large, pour :

- étudier les facteurs qui déterminent l'appel aux soins médicaux et évaluer les moyens à mettre en œuvre dans le domaine sanitaire ;
- comparer la situation des différents groupes démographiques et sociaux étendant ainsi à la population vivante les études de morbidité différentielle ;
- apprécier les conséquences des politiques de santé.

Face à l'augmentation des dépenses de santé et des restrictions budgétaires consécutives à la stagnation économique, une mesure des résultats obtenus en terme d'amélioration ou de détérioration de l'état de santé semble de plus en plus indispensable. Plus généralement, l'analyse des évolutions de l'état de santé et les comparaisons entre groupes socio-démographiques devraient permettre d'apprécier l'effet des politiques socio-sanitaires^[1]. (De manière plus ambitieuse,

Andrée MIZRAHI, Directeur de recherche, CREDES,
1, rue Paul Cézanne, 75008 Paris (France)
Tél. : (33) 1 40 76 82 13 - Fax (33) 1 45 63 57 42
E-Mail : mizrahid@credes.msh-paris.fr

Arié MIZRAHI, Directeur de recherche, CNRS/CREDES,
1, rue Paul Cézanne, 75008 Paris (France)
Tél. : (33) 1 40 76 82 31 - Fax (33) 1 45 63 57 42
E-Mail : mizrahir@credes.msh-paris.fr

l'état de santé peut être un bon indicateur du fonctionnement social et économique de la société).

Ces études se heurtent rapidement aux difficultés de mesure de l'état de santé, soit des personnes prises séparément, soit des populations.

Notre expérience de la prise en compte de l'état de santé répond essentiellement à deux de ces préoccupations, analyser les facteurs explicatifs de la consommation médicale et évaluer la morbidité différentielle par catégorie sociale. Deux axes essentiels ont été suivis, l'élaboration d'un indicateur pronostique individuel établi par des médecins et, plus récemment, des indicateurs plus subjectifs de santé perçue.

Mais que mesurer ?

Il n'est pas dans notre propos, ni d'ailleurs dans nos compétences, de discuter des différentes conceptions philosophiques de la santé. Par contre, dans le champ de la socio-économie, des définitions très générales de la santé aux contours imprécis et sans méthodologie de mesure, ou tout au moins d'observation, ne se sont pas avérées opérationnelles. La définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé, "*un état de bien-être...*", est un bon exemple de définition non opérationnelle dans le champ de la socio-économie médicale^[2].

De fait, et plus ou moins implicitement, nous avons considéré l'absence de maladies et "*le silence des organes*" permettant de fonctionner comme la bonne santé et nous écrivions en 1973 avec Georges Rösch "*la santé ne peut être définie en termes opératoires. Le médecin ou le physiologiste observe des "états". La limite du normal et du pathologique est certes assez conventionnelle. Mais le plus souvent, le médecin identifie des entités morbides assez bien définies, classées, caractérisées et parfois mesurées. Cet ensemble d'observations peut permettre d'estimer l'état morbide d'une personne ; c'est dans ce sens que se fait l'observation. Il serait assez vain de dire que cette "mesure" pourrait se porter dans un sens négatif par rapport à un état "dit" de santé*".

Concrètement, la même question reste posée : peut-on définir l'état de santé d'une population autrement que comme la réunion des maladies dont sont atteints ses membres^[3], et la bonne santé comme l'absence de maladie ?

C'est ce point de vue que nous avons conservé en raffinant et en précisant notre outil. Un indicateur pronostique a été mis en œuvre dans les enquêtes sur la santé et la consommation médicale effectuées auprès des ménages (enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux effectuées par l'INSEE et le CREDES, enquête annuelle sur la santé et la protection sociale). Leur optique, calquée sur la démarche médicale, a permis de les appliquer également à des enquêtes sur les patients hospitalisés ou sur les personnes âgées en institution.

Ainsi, en mesurant la morbidité plutôt que la "santé", les personnes "en bonne santé" apparaissent en creux comme étant celles pour lesquelles aucune maladie, infirmité, séquelle ni aucun trouble de santé ne sont relevés.

Compter les maladies

Plutôt que la santé, nous observons donc des pathologies, nous enregistrons des maladies, des infirmités, des "troubles de santé". Le problème est ainsi renversé et il nous reste à définir une pathologie, une maladie, une infirmité, un "trouble de santé", mais où doit-on arrêter la notion de "maladie" ?

- Un comportement à risque comme le fait de fumer devient-il une maladie du fait qu'on lui a donné un nom "tabagisme" alors qu'une autre conduite également dangereuse (saut à l'élastique, motocyclisme) ne le serait pas ?
- Comment caractériser certains états non pathologiques, mais présentant néanmoins des risques spécifiques (puberté, maternité, ménopause) ?
- Une personne dont le physique ne correspond pas exactement aux normes esthétiques du moment et qui désire modifier son aspect présente-t-elle un trouble de santé^[4] ? Quelle en serait la gravité ?
- Comment interpréter une réaction de "malaise" dans une situation sociale (chômage) ou familiale (décès d'un proche, divorce) difficile ?
- Comment évaluer les "maladies" muettes dont les effets peuvent être très graves, mais pas avant plusieurs dizaines d'années ?

Nous n'avons pas de réponse à ces questions difficiles, mais la notion d'indicateur de morbidité prenant une valeur plus ou moins importante selon le cas, permet de contourner ces problèmes, tout au moins au plan opérationnel.

Le plus simple est évidemment de les définir "en extension" comme appartenant à la liste publiée par l'OMS sous le nom de Classification Internationale des Maladies (10 révisions successives ont déjà été élaborées).

Une telle définition, utile dans l'étude de certaines maladies ou de certains chapitres de la pathologie, présente des inconvénients dans les analyses globales :

- la classification nosologique comporte, selon le degré de regroupement, des dizaines, des centaines, voire des milliers d'items, entraînant une complexité rédhibitoire au niveau des analyses socio-économiques globales ;
- la gravité des affections n'apparaît pas dans la simple énumération des items de la classification ; si on désire l'introduire, la complexité est largement augmentée ;
- si l'on s'intéresse à des personnes et non à des maladies, le nombre moyen de maladies par personne est largement supérieur à 1, et il peut dépasser la dizaine pour certaines personnes ; ajouter seulement les principales associations rencontrées à la liste des maladies ne fait qu'ajouter aux difficultés.

On peut naturellement, dans un premier temps, admettre que l'état de santé se dégrade lorsque le nombre de maladies s'accroît, du moins le nombre de maladies présentant un certain caractère de chronicité ou de durée. Mais, dans l'hypothèse même où la définition des maladies serait bien établie, le nombre de maladies demeure un indicateur insatisfaisant car il consiste à agréger des troubles de nature et de gravité différentes.

Un indicateur de morbidité basé sur la gravité des maladies

C'est pourquoi nous avons été amenés à élaborer un indicateur de morbidité synthétique, défini au niveau des personnes et contenant les notions de gravité et d'association de maladies. Proche de la démarche médicale par sa construction, cet indicateur s'apparente à la notion intuitive de maladies graves qui risquent d'entraîner la mort à court terme, ou hypothèquent à plus long terme le pronostic vital, ou génèrent des incapacités plus ou moins importantes. A ce niveau, on peut traiter les situations limites ou celles dont l'effet grave n'apparaîtra que dans un avenir très éloigné, en les plaçant à un niveau de gravité nul ou extrêmement faible.

La gravité cumulée de l'ensemble des maladies dont souffre chaque personne est résumée dans une synthèse portée par un médecin sur l'état de santé de chaque personne. Après diverses tentatives, un indicateur à deux dimensions, risque vital et invalidité, a été retenu. C'est une synthèse pronostique des différentes maladies, déficiences et infirmités (selon le cas, la codification peut éventuellement tenir compte ou non des traitements suivis).

Chacune des deux dimensions de l'indicateur de morbidité est estimée par un médecin mobilisant l'ensemble de ses connaissances médicales. Il s'ensuit que l'estimation de cet indicateur est située et datée ; il est vraisemblable qu'un même tableau pathologique donnera lieu à des estimations de gravité différentes à 30 ans d'intervalle.

Après plusieurs essais sur des échantillons des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1960 et de 1970, cet indicateur a été estimé sur l'ensemble des enquêtés de 1980 et de 1991-92, et il est estimé en routine tous les ans, depuis 1988, sur les échantillons de l'enquête annuelle sur la santé et la protection sociale. Il a également été estimé sur les échantillons des enquêtes sur les personnes âgées résidant en institution et sur les personnes hospitalisées.

Le pronostic vital

L'état de santé, bon ou mauvais, ne se conçoit que pour les personnes vivantes. Le décès marque la fin de ce processus complexe, résumé dans le terme "état de santé" qui s'oppose à la mort et qui est en fait celui de la vie. C'est en quelque sorte la proximité à ce stade ultime que vise à appréhender le pronostic vital.

Le risque vital est un pronostic porté par le médecin et relatif au risque connu pour chaque personne du fait de ses affections et/ou infirmités. La bonne santé étant, selon cette composante, de ne pas être porteur de maladies ou d'infirmités engageant le pronostic vital^[5].

Les risques liés au mode de vie les plus connus comme le tabagisme, le fait de trop boire d'alcool ou l'obésité sont pris en compte dans l'évaluation du risque.

Par contre, les risques collectifs liés à l'environnement, aux conditions de travail ou aux charges familiales ne sont pas intégrés. De même, il peut arriver que l'on meure de manière imprévisible par accident par exemple, en quelque sorte en bonne santé^[6], et cette éventualité est difficilement intégrable dans notre indicateur, faute d'informations suffisamment précises à la fois sur les conditions de vie et sur l'importance des risques encourus (ces risques ne sont pas uniformément répartis selon l'âge, le sexe, la profession, le lieu de résidence...).

L'échelle de pronostic vital retenue est exprimée dans un vocabulaire médical, elle est qualitative mais strictement ordonnée, le passage d'un niveau à un autre correspondant à un risque plus grand.

Le nombre de classes est réduit, compte tenu de l'imprécision souvent grande en ce domaine. Six classes ont été distinguées :

- A. Aucun indice déclaré dans l'enquête (8.868 personnes, soit 41,5 %).
- B. Pas de diagnostic péjoratif, ou très très faible (3.638 personnes, soit 18,1 %).
- C. Pronostic péjoratif très faible (4.481 personnes, soit 22,5 %).
- D. Risque possible sur le plan vital (2.946 personnes, soit 15,4 %).
- E. Pronostic probablement mauvais (413 personnes, soit 2,2 %).
- F. Pronostic sûrement mauvais (57 personnes, soit 0,3 %).

Ces définitions sont complétées par des exemples précis de pathologie. Il n'a pas paru possible de quantifier la notion de risque sauf dans les cas les plus graves, la classe F pouvant correspondre à une probabilité de 0,5 de décéder dans les cinq prochaines années (mais cette classe est très peu représentée dans la population des ménages ordinaires : 3 personnes sur 1.000).

Si le pronostic vital augmente régulièrement avec l'âge comme on pouvait s'y attendre, au niveau des concepts, la prise en compte de l'âge dans le pronostic vital reste insatisfaisante. Théoriquement, pour évaluer le pronostic vital, les médecins ne tiennent compte de l'âge des personnes que dans la mesure où certaines maladies peuvent être aggravées ou au contraire voir leur évolution ralentie selon l'âge. Mais peut-on admettre qu'une personne de 70 ans sans maladie connue engageant le pronostic vital se trouve dans la même classe de risque qu'un enfant de 10 ans dans les mêmes conditions ? La notion de vieillissement relatif répond en partie à cette préoccupation (cf. ci-après, ainsi que l'annexe sur le vieillissement relatif).

L'évolution avec l'âge du profil de la distribution du risque vital est fortement liée avec le taux de mortalité, mais la liaison est différente pour les hommes et les femmes (pour une même classe de risque vital, les taux de mortalité des hommes sont plus élevés que ceux des femmes). Autrement dit, l'appartenance à une classe de risque vital, synthèse élargie des maladies déclarées, n'induit pas pour les deux sexes une même probabilité de décès dans un terme donné.

Les répercussions de la maladie : l'invalidité

Il s'agit d'un bilan sur la validité et sur l'autonomie de chaque enquêté que porte un médecin au vu de l'ensemble du dossier.

Cette notion d'invalidité est uniquement définie pour un type de société, à une époque donnée et n'a de sens que dans ce contexte précis, incluant à la fois les conditions de vie, les connaissances médicales et les thérapeutiques habituellement utilisées, mais aussi les réglementations en cours (l'existence ou non d'allocations, les tensions sur le marché du travail, l'âge de la retraite, etc.). Par ailleurs, elle fait référence "à une vie normale" tout aussi difficile à définir que l'état de santé lui-même. Elle inclut donc en partie l'idée que se font les médecins des rôles sociaux de chacun. Les réactions à une difficulté de nature sociale, familiale ou personnelle, conduiront donc selon le cas à affecter une personne à une classe d'invalidité nulle, très faible, voire d'importance moyenne.

D'autre part, cette vision médicale comporte un élément pronostique puisque, établie à un moment donné, elle évalue l'état permanent des personnes enquêtées. Ce choix a été fait compte tenu des handicaps qui ne sont retenus que lorsqu'ils ont été jugés permanents par les enquêtés et dont sont exclues les gênes inhérentes à un épisode aigu (varicelle, entorse, grippe, etc.). Il est évident que le médecin, pour appliquer strictement cette définition, devra porter un pronostic sur le caractère passager ou non de certains handicaps (par exemple, fracture de jambe chez une personne âgée).

Une échelle à huit niveaux a été retenue (les chiffres sont issus de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992) :

- a. Pas de gêne (4.155 personnes, soit 19,3 %).
- b. Gêné de façon infime (4.796 personnes, soit 23,2 %).
- c. Très peu gêné (5.214 personnes, soit 25,4 %).
- d. Gêné, mais mène une vie normale (4.575 personnes, soit 23,1 %).
- e. Activité professionnelle ou domestique restreinte (1.332 personnes, soit 7,1 %).
- f. Activité professionnelle ou domestique très ralentie (240 personnes, soit 1,3 %).
- g. Pas, ou très peu, d'autonomie domestique (74 personnes, soit 0,4 %).
- h. Grabataire, alitement permanent (20 personnes, soit 0,1 %).

De même que pour le risque vital, l'échelle retenue est qualitative et strictement ordonnée.

L'état de santé est-il relatif ? Le vieillissement relatif

L'avancée en âge se traduit par un déplacement des distributions du risque vital et de l'invalidité vers des classes de gravité croissante, mais de manière différente pour les hommes et pour les femmes, le risque vital augmentant plus vite pour les hommes et l'invalidité plus vite pour les femmes.

Si les composantes de l'état de santé sont fortement liées à l'âge, de fortes différences interpersonnelles se rencontrent fréquemment entre personnes de même âge : certaines personnes présentent une invalidité et/ou un risque vital nettement inférieurs à la moyenne de leur classe d'âge et inversement, les plus gravement malades dans une classe d'âge peuvent présenter une invalidité et/ou un risque vital identiques à ceux de personnes de 10, 15 ou 20 ans plus âgées qu'elles.

La connaissance simultanée pour chaque personne, de son âge, de son invalidité et de son risque vital permet d'approcher la notion de "vieillesse prématurée" ou, alternativement, de "vieillesse retardée"² et ⁵ en introduisant une correction à l'âge tenant compte de son état de santé relatif (comparé à l'état de santé moyen des personnes de son âge). Ainsi, l'âge morbide des personnes en relativement bonne santé sera-t-il inférieur à leur âge (calendaire) et inversement, les personnes en relativement mauvaise santé auront-elles un âge morbide supérieur à leur âge.

Nous appelons vieillissement relatif d'une personne la différence entre son âge (âge calendaire) et son âge morbide, le vieillissement relatif s'exprime en années.

L'analyse du vieillissement relatif des différents groupes sociaux permet de compléter, sur des populations vivantes, les résultats obtenus sur la mortalité différentielle, en particulier selon des critères pour lesquels la mortalité différentielle n'est pas connue (par exemple le revenu ou la protection sociale) ; on fait apparaître un cumul des inégalités en matière de santé.

La morbidité a-t-elle diminué ? L'état de santé s'est-il amélioré ? Evolution 1980 - 1991-92

L'indicateur de morbidité du CREDES peut-il permettre d'évaluer l'évolution de l'état de santé au cours du temps ? La même méthodologie a été utilisée dans les enquêtes nationales de 1980 et 1991-92, mais peut-on faire l'hypothèse que

l'outil de mesure (l'indicateur de morbidité) décrit de la même façon à dix ans d'intervalle ? La question est d'autant plus pertinente que, par construction, cet indicateur intègre l'évolution des connaissances et des thérapeutiques médicales. Comment interpréter la diminution du risque vital résultant de l'apparition d'un nouveau traitement, ou l'apparente augmentation du risque vital due à la détection d'un nouveau risque non isolé antérieurement (ou d'un test de détection plus précoce) ? Quoique ces problèmes ne soient pas résolus, nous avons tenté la comparaison en évaluant le vieillissement relatif à 11 ans d'intervalle.

Entre 1980 et 1991, l'écart est de 0,87 an, soit, si ce calcul a un sens autre que formel, un gain de 10 mois dans le retard du vieillissement relatif.

L'état de santé perçu

Si l'état de santé est difficile à mesurer, simplement à définir de manière rigoureuse, chacun en a une idée intuitive et sait, ou croit savoir, s'il est en bonne ou en mauvaise santé.

On peut donc s'intéresser à la perception qu'ont les personnes de leur état de santé. D'autant plus que le recours aux soins est sans doute plus lié à la perception de l'état de santé qu'à la morbidité réelle.

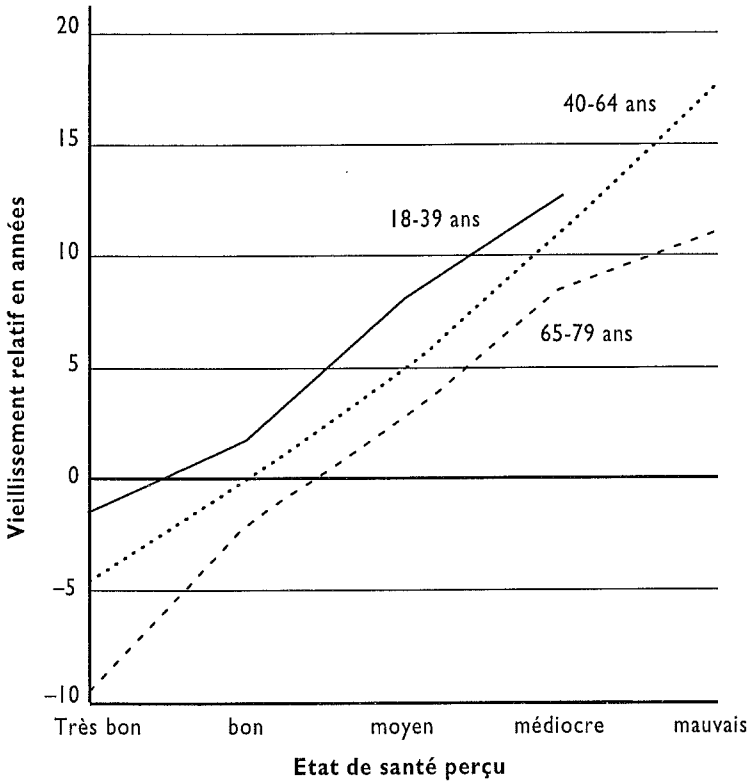
Différentes modalités sont utilisées pour enregistrer cette information :

- Depuis 1992, nous demandons aux enquêtés d'indiquer dans un questionnaire auto administré comment ils perçoivent leur état de santé en reportant une note de 0 à 10 (0 en très mauvaise santé - 10 en excellente santé). Si les personnes répondent sans réticence à la question, l'échelle des réponses est relativement étroite puisque 70 % des personnes adultes (15 ans ou plus) s'accordent une note entre 8 et 10 alors que 3 % seulement se notent en dessous de 5).
- Dans l'enquête nationale INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, une question a été posée à un sous-échantillon de personnes de 18 ans ou plus, "actuellement, compte tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ?". Cinq niveaux étaient proposés (très bon, bon, moyen, médiocre, franchement mauvais). Malgré la référence explicite à l'âge, plus les personnes sont âgées, plus elles se perçoivent en mauvais état de santé, ainsi 13 % des personnes de 65 à 79 ans déclarent leur état de santé médiocre ou franchement mauvais et 18 % de celles de 80 ans et plus, par contre, ce n'est le cas que de 2 % de celles de 18 à 39 ans.

La perception d'un mauvais état de santé est plus souvent associée à une forte invalidité qu'à un mauvais pronostic vital. On conçoit que les difficultés à mener une vie normale soient plus prégnantes et plus souvent perçues comme un mauvais état de santé qu'un risque sur le plan vital qui ne se concrétisera peut-être pas et, en tous cas, seulement dans un avenir plus ou moins lointain.

Le vieillissement relatif, qui intègre les variations moyennes de l'invalidité et du risque vital en fonction de l'âge, est un concept proche de celui sous-jacent à la question posée. De fait, le vieillissement relatif est fortement lié à l'état de santé perçu. Les personnes qui perçoivent leur état de santé comme franchement mauvais accusent un vieillissement prématuré de 14,8 ans et celles qui le perçoivent comme médiocre de 9,4 ans, alors que les personnes se sentant en très bon état de santé ont un vieillissement retardé de 3 ans (cf. graphique).

Vieillesse relative selon l'état de santé perçu et l'âge



Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, 1991-1992.

Conclusion

Le concept d'indicateur de morbidité est encore loin d'avoir porté tous ses fruits et de nombreux travaux de recherche sont déjà prévisibles.

Au niveau conceptuel, les deux composantes de la morbidité sont sans doute insuffisantes pour épuiser la notion que nous cherchons à évaluer, peut-être faudrait-il ajouter des éléments relatifs à la douleur (ou à la souffrance) ; plus généralement, l'étude des relations qu'entretiennent le risque vital, l'invalidité, le vieillissement relatif, avec d'autres approches plus subjectives de la morbidité tel l'état de santé perçu, devra être approfondie.

Pour utiliser cet outil dans l'étude de l'évolution de l'état de santé de la population, il faudra rendre dynamique l'ensemble du dispositif, l'indicateur ne pouvant pas être considéré comme stable à 10 ou 20 ans d'intervalle, alors que les connaissances et les techniques médicales évoluent à un rythme très rapide.

En ce qui concerne le modèle entre les composantes de l'indicateur et l'âge, sa validité pour les enfants et les adolescents devra être précisée, plus généralement, l'estimation de la morbidité de ce groupe a-t-elle le même niveau de fiabilité que

pour les autres groupes démographiques ? Des outils spécifiques doivent-ils être mis au point ?

Enfin, du point de vue de l'observation dans les enquêtes auprès des ménages, il faudrait chercher à estimer la relation entre la qualité du recueil de l'information auprès des enquêtés et le niveau de la morbidité estimée.

Notes

- [1] L'état de santé dépend aussi bien des soins médicaux mis en œuvre que des conditions sociales d'existence.
- [2] Ni vraiment convaincante, compte tenu des Etats dictatoriaux ou belliqueux qui ne voient pas d'incohérence à en faire un objectif de leur politique annoncée.
- [3] Au niveau individuel, la santé serait ainsi paradoxalement définie comme le négatif de la maladie, l'état d'une personne qui ne souffrirait d'aucune maladie reconnue.
- [4] Qu'en est-il par exemple de l'orthodontie, remboursée par la Sécurité Sociale ?
- [5] Il s'agit d'un risque dans un avenir pas trop lointain, ainsi un risque élevé mais pas avant une quarantaine d'années ne sera pas pris en compte ; il apparaîtra et augmentera lorsque l'échéance se rapprochera.
- [6] Ou à l'issue d'une nouvelle maladie non encore apparue et détectée au moment de l'observation.

Références bibliographiques

- 1 M. Magdelaine, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, G. Rösch, Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale. "Consommation", 1967, n° 2, pp. 1-39.
- 2 M.-L. Lévy, Relativité de l'âge. "Population et sociétés", n° 164, INED, décembre 1982.
- 3 An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, *Indicateurs de morbidité et facteurs socio-démographiques*. CREDES n° 657 1985/1, 106 pages.
- 4 An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, *Consommation médicale selon l'âge : effet de morbidité, effet de génération*. CREDES n° 772 1998, 68 pages.
- 5 P. Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*, Odile Jacob, Paris, 1993, 441 p.
- 6 An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988-1991*. CREDES n° 999 1994/01, 93 pages.
- 7 An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, *Vieillesse relative par groupes socio-économiques : personnes âgées et autres adultes - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992*. CREDES n° 1070 1995/05, 14 pages.
- 8 Th. Lecomte, An. Le Pape, *Aspects socio-économiques de la dépression*, CREDES à paraître en juin 1996.

Morbidité différentielle selon les facteurs socio-économiques

a. Vieillesse relative des adultes (enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, 1991-92)

L'indicateur individuel de morbidité du CREDES a permis de comparer l'état de santé de groupes sociaux différents et de compléter ainsi, sur des populations vivantes, les résultats obtenus sur les taux de décès différentiels.

Le milieu social, défini par la profession et le statut de la personne de référence du ménage (ou la dernière profession pour les retraités et les chômeurs), est associé à des variations importantes du vieillissement relatif : les adultes appartenant à des ménages d'ouvriers non qualifiés accusent un vieillissement prématuré de 2,4 ans et ceux appartenant à des ménages d'employés de commerce ou de service de 2 ans, alors que les membres des ménages de cadres supérieurs voient leur vieillissement retardé de 2,3 ans et ceux des ménages d'indépendants ou d'exploitants agricoles de 1,3 an.

Si l'on tient compte de la profession individuelle actuellement ou antérieurement exercée, les cadres supérieurs et les professions libérales, avec un vieillissement retardé de 2,4 ans sont ceux dont la santé est la meilleure. Viennent ensuite les professions intermédiaires, les exploitants agricoles et les indépendants (vieillesse relative retardé d'environ un an). Les employés de bureau ou de la fonction publique ont un âge relatif proche de l'âge calendaire, alors que les employés de commerce ou de service aux particuliers accusent un vieillissement prématuré de 1,3 an. Les ouvriers sont ceux dont l'état de santé est le moins bon, avec un vieillissement prématuré de 1,3 an pour les ouvriers qualifiés et de 1,9 an pour les ouvriers non qualifiés.

De même, l'état de santé s'améliore lorsque le niveau d'instruction augmente : les personnes ayant fait des études supérieures voient leur vieillissement retardé de 3,1 ans par rapport à celles ayant fait des études primaires. Quant aux personnes non scolarisées, leur vieillissement relatif est de deux ans supérieur à celui des personnes ayant fait des études primaires. Les écarts de vieillissement relatif sont plus importants pour les hommes que pour les femmes : respectivement 3,8 ans et 2,5 ans entre les personnes ayant fait des études primaires et celles ayant fait des études supérieures. Cette liaison statistique n'implique pas de rapport univoque de cause à effet : il faut être en bonne santé pour faire des études et inversement, avoir fait des études facilite le maintien en bonne santé.

L'état matrimonial a un effet moindre que le niveau d'instruction puisque les personnes divorcées ou séparées accusent un vieillissement prématuré de 2 ans et les veuves de 1,6 an par rapport aux personnes mariées ou vivant maritalement. L'ordre de grandeur des écarts est le même pour les deux sexes. Les effets du niveau d'instruction et de l'état matrimonial se combinent pour aggraver les écarts.

Les différences d'état de santé se jouent aussi bien dans l'exercice d'une activité professionnelle que dans la nature de cette activité. Parmi les inactifs, les étudiants et les femmes au foyer sont proches des actifs, le vieillissement précoce des chômeurs par rapport aux actifs est de 2,6 ans (chômage générateur de troubles, difficulté à trouver un emploi du fait de leur mauvaise santé...), et celui des inactifs pour raison de santé de plus de 9 ans. Le vieillissement prématuré des chômeurs est plus marqué pour les hommes que pour les femmes.

Les inégalités selon les différents facteurs se cumulent et entre un cadre supérieur actif et un ouvrier non qualifié au chômage, l'écart de vieillissement relatif est de 5,7 ans.

De même, les écarts selon la profession et le niveau d'instruction se cumulent, l'état de santé s'améliorant avec le niveau d'instruction pour chaque profession et avec la profession pour chaque niveau d'instruction.

Le revenu du ménage est un des critères dont la liaison avec l'état de santé est la plus nette ; les personnes appartenant à des ménages dont le revenu mensuel est inférieur à 4.250 Francs en 1991 (classe I) accusent un vieillissement prématuré de 1,9 an ; ce vieillissement relatif diminue lorsque le revenu augmente pour s'annuler entre 10.500 Francs et 15.500 Francs ; lorsque le revenu augmente encore, le vieillissement est de plus en plus retardé, avec un retard de 3 ans pour les personnes ayant les plus hauts revenus : l'écart entre les déciles extrêmes atteint donc presque 5 ans. Le phénomène est de même ampleur pour les femmes et les hommes.

Quel que soit le revenu, les chômeurs accusent un vieillissement relatif important, et quelle que soit la nature de l'occupation principale, le vieillissement relatif décroît régulièrement quand le revenu du ménage augmente. De même, le vieillissement relatif décroît avec le revenu à niveau d'instruction constant.

Les personnes sans couverture complémentaire (16 % des adultes de l'échantillon) accusent un vieillissement relatif de 0,7 an supérieur à celui des personnes protégées, mais pour les bas revenus, cet effet de la couverture complémentaire se conjugue avec celui du revenu pour entraîner un écart de vieillissement de 5,2 ans entre personnes sans couverture complémentaire à faible revenu et personnes à haut revenu et avec couverture complémentaire.

D'une manière générale, les effets des différents facteurs se cumulent pour entraîner un accroissement de la précocité du vieillissement relatif lorsque plusieurs facteurs défavorables coexistent et réciproquement, un accroissement du retard du vieillissement relatif avec l'accumulation des facteurs favorables.

b. Les questions en suspens

Le vieillissement semble retardé lorsque la taille du ménage s'accroît. Ce résultat est en contradiction avec ce qui précède (les grands ménages appartiennent plus fréquemment à des groupes défavorisés), or, nous l'avons retrouvé dans différentes enquêtes auprès des ménages (enquête sur la santé et la protection sociale 1988-1991 et enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992). Il peut être induit en partie par des sous-déclarations de maladies ou de recours aux soins dans les ménages nombreux.

Le vieillissement relatif des enfants (moins de 18 ans) ne semble pas lié aux caractères socio-économiques décrivant le ménage. Ainsi est-il indépendant du revenu, de l'existence et de la nature de l'activité de la personne de référence du ménage (chef de ménage) ou de l'existence d'une couverture complémentaire. De même, l'effet des variables socio-économiques sur le vieillissement relatif est plus important sur les adultes jeunes que sur les personnes âgées.

Ces derniers résultats posent le double problème de la qualité des données pour les familles nombreuses et de la validité du modèle pour les enfants.

Annexe

(Réf. 3, 6, 7 et 8).

PREVENIR



N° 29 - 2^e semestre 1995

SÉCURITÉ/INSÉCURITÉ SOCIALE

SOMMAIRE

Dominique DURAND,
Editorial

Philippe-Jean HESSE,
De cinquantenaires... en centenaires,
une vision longue de la protection sociale française

Numa MURARD,
La "vieille dame", la question sociale et la politique

Table ronde avec Robert CASTEL,
Saül KARSZ et Daniel LE SCORNET,
Solidarité assistancielle et solidarité assurancielle

Saül KARSZ,
La question sociale, aujourd'hui

Guy CAIRE,
De l'exclusion à l'insertion :
de nouveaux chantiers pour la politique sociale

Antoinette CATRICE-LOREY,
La Sécurité Sociale et la démocratie sociale :
impasse ou refondation ?

Carol LEVASSEUR,
Gouverner l'insécurité sociale :
Etat-providence et libéralisme économique

Bernard FRIOT,
La solidarité salariale contre la solidarité libérale

Pierre VOLOVITCH,
Y a-t-il une solidarité après l'assurance ?
Les faces cachées du débat entre contributif et non-contributif

Jean-Pierre DESCHAMPS,
Assurance maladie et prévention : rétrospective.

Fabienne ORSI, Jean-Paul MOATTI, Pierre HUARD,
Assurance maladie et médecine prédictive : une réflexion prospective

Daniel LE SCORNET,
La solidarité, une technique

Lectures

La rédaction a reçu

LA SANTÉ EST-ELLE

UN BIEN ÉCONOMIQUE PUBLIC

OU PRIVÉ ?

Avec le développement des dépenses consacrées aux activités du secteur sanitaire et médical, la santé a de plus en plus acquis le statut de bien économique. La santé apparaît en effet comme un bien rare dont l'entretien et la réparation coûtent cher, surtout dans les pays développés. La part des ressources économiques limitées qui y est consacrée, et donc non employée pour d'autres fins, lui confère de ce fait une valeur, voire dans certaines conditions un prix. Mais la santé est aussi un bien économique dont la production rapporte des revenus importants, pour lequel on crée une part croissante des nouveaux emplois et qui est à l'origine d'une fraction non négligeable de l'excédent de la balance commerciale de la France. Enfin, et surtout, le secteur économique dit "de la santé" crée de la richesse : au niveau individuel, du fait du plus grand état de bien-être des personnes concernées, mais aussi au niveau collectif, en raison de la réduction du risque de maladie, d'épidémie ou de pandémie touchant la population, et enfin parce que la productivité d'un corps social moins touché par la morbidité est alors plus importante. Nous examinerons en premier lieu en quoi cette approche économique de la santé n'est que partiellement traduite dans les comptes de la santé et en quoi la notion de capital santé permet de mieux la prendre en compte.

*Georges MENAHEM, Chargé de recherche en Sciences de l'homme
et de la santé au CNRS, Maître de recherche au CREDES
Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
1, rue Paul-Cézanne - 75008 Paris*

Mais la santé est-elle un bien économique public ou privé ? Ce débat concerne avant tout les économistes et politiciens qui s'affrontent pour décider des meilleures formes de maîtrise des dépenses de santé. Pour ce faire, certains s'appuient plus sur des institutions contrôlées par les pouvoirs publics alors que les autres privilégient les régulations plus fondées sur le marché. Mais ce débat va aussi bien plus loin. Car les définitions de la santé impliquées par ces différentes formes de maîtrise des dépenses ne sont pas les mêmes. Lorsque l'on détermine qui doit décider de l'importance et de la nature des dépenses à engager pour que la population se porte mieux, on opère des choix qui conditionnent fortement ce qui est estimé contribuer à "la santé" et ce qui n'est pas estimé y contribuer. On aide par là à définir implicitement non seulement les frontières du domaine de la santé mais aussi sa nature même.

Les définitions implicites de la santé en tant que bien économique

Pour l'économiste Karl Menger, *"un bien économique est une chose apte à la satisfaction d'un besoin humain et disponible pour cet usage"*. Un bien économique a un coût et se distingue ainsi d'un bien libre ou abondant. Si on accepte qu'un état qui contribue à caractériser le potentiel d'une personne (tel le niveau de qualification, de diplôme, ou l'état de santé) puisse être considéré comme un bien, et si on comprend que l'obtention coûteuse de services de santé contribue à maintenir et à éviter la dégradation de cet état, alors la santé acquiert le statut de bien économique. Chercher à obtenir un état de santé satisfaisant devient donc un objectif économique : il se traduit par un échange de biens et de services entre des producteurs (ce sont les professionnels de santé) et des consommateurs (les individus qui, justement, désirent maintenir ou retrouver leur santé).

Nous allons examiner d'abord en quoi les comptes de la santé traduisent simplement un tel schéma d'analyse en enregistrant les flux macroéconomiques qui le concrétisent. Nous évoquerons ensuite les formalisations de l'école d'économistes américains dite "de Chicago" qui considère la santé comme un "capital" ou encore comme un "bien durable" dont il s'agit de réparer les dommages et de compenser l'inéluctable dépréciation ; à cette fin, l'individu concerné acquiert des biens et services médicaux afin de "produire" lui-même un état de santé susceptible de lui donner plus satisfaction. Nous verrons en quoi cette conception correspond à une définition économique de la santé plus satisfaisante.

Des définitions peu satisfaisantes correspondent aux Comptes de la santé

En France, chaque année, le Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information du Ministère de la Santé publie les "Comptes nationaux de la santé". Selon la méthodologie de cette comptabilité, on "s'attache essentiellement à analyser l'organisation de la production et le financement de la fonction santé. Celle-ci se limite à la prévention et/ou au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés ...) n'y sont donc pas incluses"¹. Lorsque l'on examine le contenu de ces tableaux de chiffres, on constate que, de 1980 à 1994, environ 94 % de la dite "dépense courante de santé" a été consacrée au poste "dépense pour les malades", de 2,9 % à 2,3 % au poste "dépenses de prévention", de 2 % à

3 % au poste "recherche médicale et pharmaceutique", le faible solde étant dévolu aux dépenses de gestion du système de santé².

Ces comptes traduisent bien l'inscription comptable du flux des biens et services médicaux délivrés aux individus par les médecins, dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes, que ce soit en ville ou en milieu hospitalier. Ils incorporent également les coûts des séjours en hôpital, des cures thermales, des analyses, des médicaments, prothèses et autres "biens" médicaux, et des transports sanitaires permettant la délivrance des soins médicaux. Si un observateur extérieur se limitait à la lecture de ces comptes pour apprécier ce qu'est le système de santé en France, il serait alors conduit à la définition suivante : "la santé est le résultat, pour un individu, des soins et services médicaux effectués sur sa personne par des professionnels de santé, ainsi que des séjours en milieu hospitalier, des cures thermales, des analyses, des médicaments et prothèses".

Trois premières remarques à propos de la définition de la santé correspondant à ces comptes :

En premier lieu : les seuls services considérés comme concourant à la santé sont ceux qui sont certifiés comme légitimes par l'Assurance Maladie : les soins des médecins mais pas ceux des rebouteux, magnétiseurs ou chiropracteurs, les services des infirmières et aide-soignantes certifiées comme telles mais pas ceux de la mère qui veille son enfant ou de la femme de ménage qui nettoie la chambre du malade à la maison, les médicaments vendus en pharmacie s'ils figurent dans le tableau des spécialités reconnues mais pas la parapharmacie ou les pansements vendus en supermarché. Enfin, les soins médicaux ou d'hygiène, les massages ou exercices physiques effectués par l'individu lui-même ne sont généralement pas considérés comme services de santé, quelle que soit la qualification de l'individu qui la pratique.

Deuxième remarque : ce sont les coûts des soins et services médicaux qui mesurent les services de santé et non les résultats qu'ils permettent d'obtenir. Par exemple, un hôpital qui, pour des soins identiques, garde ses malades systématiquement deux jours de plus qu'un autre entraîne ainsi une augmentation des services de santé qui n'est associée à aucune variation décelable de l'état de santé de ses patients. De même, le médecin qui fait revenir ses patients pour une première analyse, puis une radio, puis une deuxième analyse, etc., alors qu'il pourrait regrouper le bilan de ses examens en une seule séance est à l'origine d'une augmentation de la production du secteur santé qu'il serait difficile d'associer à une amélioration de l'état physiologique de ses patients.

Troisième remarque : la santé d'une population est largement indépendante de l'évaluation des services de santé qui lui sont consacrés. Les personnes en bonne santé, soit du fait de leur âge, soit du fait d'un mode de vie hygiénique et prudent, ne consultent que rarement, ne sont guère hospitalisées et consomment peu de médicaments. Inversement, les personnes victimes par exemple de maladies professionnelles invalidantes ou d'insuffisance rénale peuvent être astreintes à des consultations répétées et à de multiples séances de dialyse, augmentant considérablement le montant des services de santé. Autre exemple de cette absence de relation simple entre services de santé et santé d'une population : le Japon consacre deux fois moins de dépenses de santé à sa population que les Etats-Unis³. Pourtant, l'espérance de vie des Japonais est de quatre années supérieure à celle des Américains⁴, ce qui suggère que leur état de santé est meilleur en moyenne.

Cette insuffisance de la comptabilité des biens et services médicaux à rendre compte de la notion de santé a déjà été remarquée par de nombreux économistes. Les théoriciens du capital humain, afin d'améliorer la schématisation des choix individuels et collectifs dans ce domaine, ont élaboré une théorie visant à dépasser les trois insuffisances précédemment évoquées.

La notion économique de capital santé conduit à une définition de la santé plus satisfaisante

Il y a plus de vingt ans, Michaël Grossman a conçu un modèle économique de la santé qui a connu un grand succès et qui a été repris par de nombreux économistes. Ce modèle détermine conjointement l'état de santé et la consommation de soins d'un individu aux différents moments de sa vie en fonction de son stock de santé initial et de ses contraintes de temps et de revenu. Il permet en particulier de formaliser les choix qu'un individu effectue entre le temps qu'il consacre à ses soins, le montant des biens et services médicaux et non médicaux qu'il achète, ceci selon toute une série de variables, telles que son âge et le taux de dépréciation associé de son capital santé, son revenu, son temps de travail et le temps qu'il peut perdre en raison de la maladie⁵.

Un tel modèle a de nombreux avantages. Il permet par exemple de prévoir non seulement l'effet du revenu et de l'âge sur l'importance des consommations de biens et services médicaux, mais aussi sur le temps consacré au maintien de sa santé et, surtout, d'évaluer les conséquences que l'on peut en attendre en terme de longévité et d'état de santé attendu à diverses époques (apprécié par exemple en nombre de journées d'absence du travail pour raison de maladie). La définition de la santé qui correspond à cette approche économique est également plus satisfaisante. L'état de santé d'un individu n'est pas confondu avec sa consommation de biens et services médicaux ; il est évalué en fonction de ces derniers et des différentes autres contributions pertinentes, comme le temps consacré à soi, l'âge, le taux de dépréciation, l'état de santé initial, etc. Enfin, l'état de santé ainsi schématisé peut être mis directement en relation avec ses chances de survie.

Les limites de ce modèle sont donc plus directement celles qui correspondent au point de vue économique. L'individu qu'il représente est en effet un *homo-œconomicus*, rationnel par définition, lequel est supposé déterminer ses choix en maximisant sa fonction d'utilité sous ses contraintes de temps et de revenu. En clair, cela revient à supposer que la santé est à évaluer en fonction des seuls bénéfices que la théorie économique prend en compte, à savoir la maximisation du temps en bonne santé et la minimisation de la souffrance, laquelle affecte fortement le niveau de la fonction d'utilité. On comprend ainsi que la santé sera d'autant plus importante que la valeur du temps qu'elle permet de sauver sera plus grande ou, en d'autres termes, que le niveau de salaire de l'individu concerné sera plus élevé. Ceci implique qu'il sera d'autant plus avantageux d'entreprendre des soins médicaux, mais aussi des investissements de prévention, que les salaires des personnes concernées seront plus élevés. La définition de la santé qu'implique la maximisation du temps sans maladie ni incapacité de travailler nous conduit à une dernière remarque qui s'applique également aux comptes de la santé précédemment évoqués.

Quatrième remarque : la santé que maximise l'*homo-œconomicus* rationnel comme celle que privilégie la comptabilité des biens et services médicaux est un concept défini négativement : par l'absence de maladie et d'incapacité. Pourtant l'approche utilitariste peut aisément intégrer les concepts positifs de la santé d'un individu, comme par exemple celui correspondant à la définition de l'O.M.S. On peut remarquer par ailleurs que de telles définitions, y compris celle de l'O.M.S., induisent le plus souvent une approche centrée sur l'individu, même si la prise en compte des soins de prévention dans les Comptes Nationaux fait mention d'autres déterminants plus collectifs.

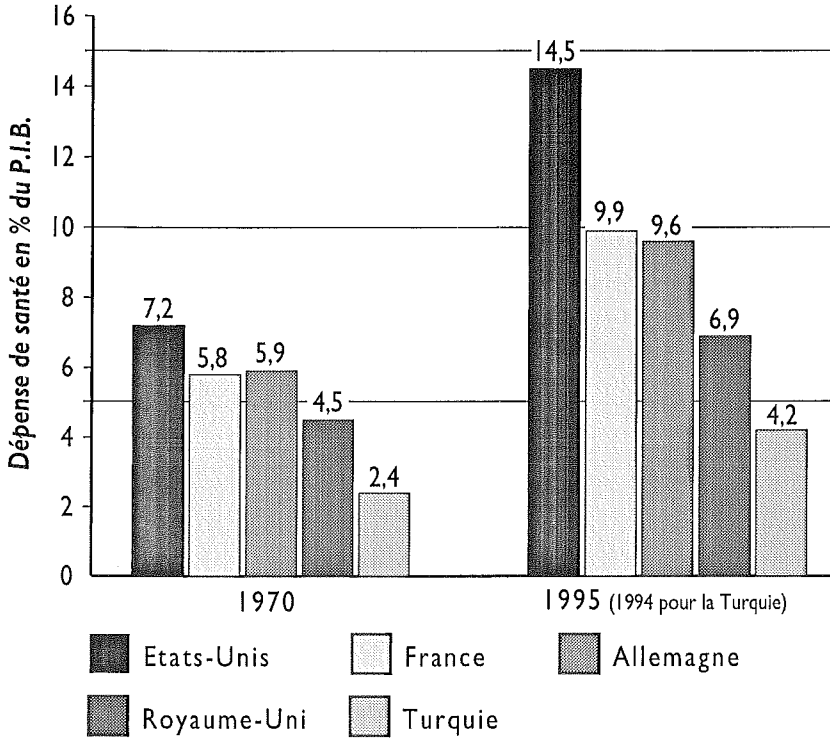
En tout état de cause, quelle que soit la définition de la santé utilisée, l'impératif économique de maîtrise des dépenses de biens et services médicaux implique que les performances du système de santé soient évaluées avant tout en fonction de leur contribution à la diminution de ses coûts. Les Comptes de la Santé et la fonction de production du capital santé en fournissent quelques moyens. Mais, comme on va le voir, ces deux instruments économiques expriment pour l'essentiel une conception privée de la santé : les consommations de soins et biens médicaux correspondent au modèle biomédical curatif dominant du traitement des maladies et incapacités individuelles ; tandis que la fonction de production du capital santé schématise l'idéal d'une maîtrise par l'individu des différents aspects économiques et médicaux de ses conditions de survie.

La régulation nécessaire à la maîtrise des dépenses de santé conduit-elle à une conception publique ou privée de la santé ?

Il est important de comprendre les enjeux économique et politique du débat concernant le caractère public ou privé de la santé. Dans les trente dernières années, les activités consacrées à la santé des populations ont augmenté près de deux fois plus rapidement que la production intérieure brute. C'est ce qu'illustre le graphique ci-après pour le cas de quatre pays développés de l'OCDE et d'un pays dit "moins développé". La part des dépenses totales de santé dans la production intérieure brute (PIB) est passée par exemple aux Etats-Unis de 7,2 % en 1970 à 14,5 % en 1995, et respectivement de 5,8 % à 9,9 % pour la France, tandis qu'elle n'augmentait que de 4,5 % à 6,9 % dans le Royaume Uni. Dans la plupart des pays, cette "inflation des charges de santé", qui alourdit à l'excès les budgets des Etats et compromet la compétitivité de leurs entreprises, est ainsi devenue un problème politique majeur.

Que faire alors ? Quelles politiques et quelle forme de régulation préconiser ? C'est précisément sur ces questions que se situe l'affrontement entre tenants de l'orthodoxie économique libérale et partisans d'une régulation planifiée centralement ou, au moins, coordonnée par les pouvoirs publics. Après avoir évoqué schématiquement les arguments de la régulation par le marché et ceux de la coordination centralisée des activités du système de santé, nous examinerons les conséquences qui découlent de l'une ou l'autre de ces versions contrastées en ce qui concerne la définition, plus privée ou davantage publique, de la santé.

*L'augmentation de la part des dépenses de santé
dans la production de cinq pays*



Source : CREDES - Eco Santé OCDE 1996.

**Le débat concernant le mode public ou privé
de la régulation de la demande de santé**

Comment choisir la part de l'activité économique que l'on doit consacrer à l'entretien de la santé de la population et aux soins de ses maladies ? La solution est simple si l'on suit la théorie économique : ce sont en premier lieu les préférences des consommateurs qui, par leurs contributions aux diverses demandes de biens et services et à la détermination d'un système de prix, orientent l'activité des producteurs vers la satisfaction de leurs besoins. C'est ce qu'explicite ainsi Alexandre Vatimbella : "Pour les tenants du privé, la médecine est une activité économique comme une autre qui doit donc être régie par les lois de l'offre et de la demande. [...] Pour eux, pas de différences entre la location de voitures et la médecine : ce sont deux services que les clients doivent payer au coût réel, en prenant au besoin, dans le cas de la médecine, des assurances pour être couverts contre les risques de la maladie.⁶" Ainsi, le professeur Jean-Jacques Rosa annonçait en 1992 : "Dans quelques années, les dépenses de santé seront réintroduites dans l'économie, dans les lois de l'offre et de la demande⁷".

Et que se passe-t-il lorsque l'Assurance Maladie diminue le prix des services de santé comme en France ? Le professeur Guy Delande analyse ainsi le système de

santé français : *“Nous nous trouvons en présence d’un système véritablement a-économique puisqu’aussi bien la demande et l’offre ne sont plus ajustées par les prix, le financement est automatiquement assuré a posteriori par la collectivité sans rationnement [...]. Dès lors, l’enchaînement des effets pervers s’opère en cascade : n’étant pas (ou mal) informés de ce que coûtent les soins dont ils bénéficient, les patients sont affectés d’une frénésie de consommation (dont ils n’escomptent que des effets positifs) [...] ; symétriquement, les prestataires de soins ne sont l’objet d’aucune incitation à optimiser l’usage des ressources dont ils bénéficient automatiquement : un effort éventuel pour améliorer la qualité des soins ou rationaliser l’appareil de production n’entraîne aucune récompense [...] (excepté pour le secteur II de la convention).”* Dans le même registre privilégiant les seules incitations qui sont issues du libre jeu du marché, le professeur Pascal Salin a évoqué ce qu’est pour lui le rôle “désastreux” de l’Etat et de la Sécurité Sociale dans la description suivante : *“Tout monopole est mauvais, mais les seuls véritables monopoles [...] sont ceux qui bénéficient de la protection étatique. Le monopole de la « Sécurité Sociale » en France en est un superbe – mais désastreux – exemple. Il se traduit par une mauvaise organisation de l’activité de santé, par une insuffisante liberté de choix et donc par une production de services de santé déficientes.”* Pour lui, il n’y a donc qu’une seule solution : *“La privatisation des services de santé et des organisations de santé doit normalement conduire à une meilleure satisfaction des besoins de santé”*⁹. La diffusion large aux Etats-Unis de représentations similaires de l’assurance maladie a relayé l’action des groupes de pression médicaux, pharmaceutiques et de l’assurance, ce qui a conduit à la mise en échec du projet Clinton d’Assurance Maladie Nationale. Ceci explique qu’il y a encore aujourd’hui 15 % de la population de ce pays, et 16,6 % des moins de 65 ans, qui ne sont couverts par aucune assurance contre le risque de maladie. Les personnes non couvertes sont-elles dans cette situation du fait de leur propre choix rationnel ? Et leurs éventuelles dépenses de santé deviendraient-elles mauvaises du fait du caractère public de leur financement ?

Les adversaires de la régulation par le seul marché font remarquer que, du fait du caractère incertain des maladies et des besoins de santé, le marché des soins et biens médicaux n’est pas un marché comme les autres. *“Quelqu’un de gravement malade n’est pas en mesure de se renseigner pour savoir quel docteur, quel hôpital, ou quel laboratoire est le meilleur ou le moins cher. [...] Même si se renseigner est possible, on ne peut généralement pas obtenir un autre avis médical sans devoir au moins passer une autre visite médicale, refaire les analyses et payer les frais correspondants, [...] sans compter que la plupart des médecins désapprouvent les patients qui viennent « se renseigner » ou demander un deuxième avis”*¹⁰.

Enfin, même s’il est certain qu’une meilleure efficacité des choix est souvent associée à la mise en concurrence des offreurs de services de santé, vouloir ne se fonder que sur les libres demandes privées de soins de santé témoigne d’une singulière méconnaissance des déterminants de la maladie. On constate en effet de plus en plus, dans les pays développés, le caractère fondamentalement collectif de la diffusion des pandémies, des épidémies, des maladies chroniques dites “de civilisation” et, en conséquence, de l’importance des programmes de santé publique qui permettent de s’y opposer. C’est un peu le même constat qu’effectue Siegfried G. Karsten quand il pose la question suivante : *“Est-il rationnel, sur le plan économique et politique, de continuer à laisser des millions de personnes souffrir de graves problèmes de santé, très coûteux pour la société (en termes de moindre production nationale et d’un besoin accru d’assistance publique), sous prétexte qu’ils*

sont trop pauvres pour obtenir les soins médicaux nécessaires au moment où ils en ont le plus besoin ? [...] C'est la dignité humaine qui est fondamentalement en jeu, ce qui peut difficilement se mesurer en dollars.¹¹

On peut aller plus loin en quittant la référence implicite au modèle biomédical de la santé (en tant qu'absence de maladies) utilisé par les économistes tenants de l'approche libérale. La meilleure santé correspond de ce point de vue au développement du potentiel de la société. C'est ce que suggère le commentaire suivant de Siegfried G. Karsten : *“La main-d'œuvre doit être en bonne santé pour que la société fonctionne efficacement, ce qui en retour est essentiel pour atteindre un niveau de vie supérieur, élargir ainsi la classe moyenne, et mettre en place les conditions permettant aux générations futures de jouir d'une grande qualité de vie. L'amélioration – semblable à celle résultant de l'éducation universelle – dont le stock de capital humain bénéficie accroît la productivité et la compétitivité de la main-d'œuvre, faisant se déplacer vers le haut la fonction de production de la société.”*¹² Le choix entre une forme davantage privée ou davantage publique de régulation des dépenses de soins et biens médicaux recouvre en fait une autre opposition, celle entre deux conceptions de la santé.

La santé est-elle davantage un bien public ? Ou un bien privé ?

Les deux conceptions du meilleur mode de régulation que l'on vient de passer en revue sont articulées avec des définitions différentes de la santé. Pour savoir qui a à déterminer les choix de santé, il est en effet essentiel d'établir à la fois quel est le caractère principalement collectif ou individuel des menaces pesant sur la santé, et quel est l'aspect essentiellement public ou privé des bénéfices à attendre du système de santé. Enfin, nous analyserons en quoi ces différentes conceptions davantage publiques ou privées s'appuient sur des formes distinctes de production de soins, et aussi sur des analyses différentes du processus de dégradation progressive de l'état de santé.

La santé est compromise par des menaces individuelles mais aussi de plus en plus collectives

A première vue, c'est l'individu qui est le mieux à même de ressentir les menaces qui pèsent sur sa santé puisque c'est au niveau de son corps et de son psychisme qu'il perçoit des symptômes. Ainsi, selon la définition de l'O.M.S., c'est le sujet lui-même qui dit en quoi “son bien-être physique, mental et social” est menacé par des maladies, des inaptitudes, des angoisses ou encore des pollutions de ses environnements de vie et de travail. Un tel point de vue subjectif est très partiel et, selon le Haut Comité de la Santé Publique, “aboutit parfois à des incohérences¹³”. La liste des exemples illusoire de bien-être est en effet très longue, à commencer par les séro-positifs et autres porteurs apparemment sains d'infections virales, bactériennes ou de cancer ; si on passe du corps humain au corps social, on augmente encore le nombre des menaces invisibles au niveau de l'individu quand on considère les risques d'éclatement familial, de réorganisation des entreprises, voire de conflits entre régions ou entre nations – dont on sait que mettant en cause le bien-être mental et social, ils ne peuvent que déstabiliser le bien-être physique.

La prise en compte des menaces individuelles sur la santé débouche donc très vite sur un point de vue collectif. De plus, les récents drames de la transfusion du sang infecté par le VIH puis de l'exportation du Royaume-Uni de farines animales contaminées par un prion montrent une fois de plus que *“la santé est un problème de santé publique¹⁴”*. Si l'individu a certes des responsabilités pour ce qui touche

au maintien de sa santé, le développement des échanges et des communications ainsi que le progrès des connaissances concernant la transmission des maladies impliquent que la puissance publique en a autant, sinon davantage, quand on se place à l'échelle des populations.

Ce transfert de responsabilités de l'individu vers l'Etat se réalise dans un nombre de pays de plus en plus élevé pour des domaines critiques tels que la surveillance des circuits d'approvisionnement de la nourriture, l'examen permanent de l'hygiène de l'eau, le contrôle de la pollution de l'air dans les villes, l'inspection des conditions de travail, de transport et de logement, mais aussi pour ce qui concerne la répression de la conduite dangereuse sur route ou de la diffusion de drogues. De même, dans les pays développés, les responsabilités publiques s'accroissent avec le développement des maladies dites "de civilisation" – tumeurs cancéreuses, maladies cardio-vasculaires, maladies du psychisme, etc. –, lequel accompagne le nombre croissant des facteurs de stress, d'isolement social, de pollution et, plus généralement, les problèmes de société. Les diverses atteintes à la santé deviennent par là chaque jour davantage des "problèmes publics".

Les bénéfices de la santé s'apprécient au niveau privé et, de plus en plus, au niveau public

Là encore, c'est l'individu qui enregistre le plus directement les bénéfices en matière de bien-être personnel des biens et services médicaux qu'il aura pu acquérir, contre paiement ou gratuitement. Selon la théorie économique, ces bénéfices s'apprécient à travers une diminution de la souffrance et, surtout, dans des gains de journées de travail en bonne santé, lesquels sont valorisés en fonction de la rémunération de l'individu.

Pourtant, pour le Haut Comité à la Santé Publique, "la santé est une ressource individuelle et collective¹⁵". La prise en compte des objectifs de santé publique, par exemple, a été essentielle dans la division par 3,5 en vingt ans des taux de mortalité infantile (du fait des visites prénatales obligatoires, de la surveillance des grossesses à risque, etc.), dans la stabilisation des risques de diffusion du sida et la réduction associée des maladies sexuellement transmissibles, mais aussi dans la diminution des risques de contagion associée au traitement gratuit des personnes en situation précaire (par exemple grâce à l'action des dispensaires de Médecins du Monde ou du fait de la mise en place des consultations dites "de précarité" par l'Assistance Publique). Ces différents bénéfices du système de santé, qu'ils découlent d'actions curatives ou qu'ils soient associés à des pratiques d'ordre préventif, se répartissent à la fois entre les individus, les différentes populations et la société considérée comme un ensemble.

D'autres types de bénéfice s'apprécient à un niveau moins directement médical. La plus grande efficacité productive d'individus en meilleure santé débouche évidemment sur de plus grandes capacités de production, ce que l'on a souvent noté. Mais, à un niveau plus psychologique, cette meilleure santé se traduit aussi dans davantage de bien-être et dans de plus importantes dispositions à investir, toutes choses qui vont dans le sens d'un stimulant des capacités économiques nationales.

Enfin, dernier intérêt des objectifs réussis de santé publique, ils génèrent des économies publiques importantes – tel le programme "périnatalité" qui a fortement diminué le nombre d'enfants handicapés à la naissance et donc les coûts d'entretien associés. De ce fait, ces bénéfices à proprement parler "publics" peuvent être utilisés pour financer des programmes sociaux ou pour des dépenses d'éducation dont on sait que les résultats en terme de santé publique

sont importants. A un niveau plus éthique, on peut penser qu'une société plus juste, moins inégale et plus solidaire génère moins d'insatisfactions et de frustrations et, de ce fait, moins de stress et d'angoisse, toutes choses qui vont dans le sens d'une meilleure santé de ses membres. De telles politiques publiques, quand elles sont l'expression du corps politique, sont désignées par les économistes sous le nom de "désirs tutélaires". Dans un tel cas, les biens qui sont l'objet de ces politiques sont des "biens tutélaires", ce qui est une autre façon de dire qu'ils sont "publics", bien davantage que privés.

Le processus de prise en charge de la santé accentue son aspect public aux dépens de son caractère privé

Si les menaces sur la santé ont davantage un caractère collectif et si ses bénéfices apparaissent de plus en plus à un niveau public, qu'en est-il alors du processus de production de la santé ? En première analyse, si l'on suit le modèle du capital santé précédemment évoqué, c'est encore l'individu qui dirige le processus de production de sa santé. Mais, dès qu'un incident de santé incite le sujet à faire appel au système de soins, des phénomènes d'asymétries d'information interviennent, soit entre le médecin et son patient, soit entre le système hospitalier et le particulier hospitalisé. A partir d'un certain stade de médicalisation de son "problème" – lequel survient très rapidement –, le sujet devient davantage un objet d'un système de soins dont il n'a que très partiellement la maîtrise. A la limite, le consommateur privé de services et biens médicaux, en tant que "patient hospitalisé", se réduit parfois à un ensemble de symptômes synthétisés en quelques chiffres et courbes affichés au pied de son lit ; dans certaines circonstances, il n'est même plus "qu'un cas" que l'on montre lors de consultations dites "publiques" devant un amphithéâtre d'étudiants en médecine. La santé, à l'origine privée, des particuliers entre ainsi, au fur et à mesure de sa détérioration et de sa prise en charge par l'appareil sanitaire, dans un processus qui la transforme pour une part de plus en plus grande en bien "public".

Le processus de dégradation de la santé s'analyse différemment selon les points de vue public ou privé

Au niveau individuel, l'état de santé d'un individu peut s'interpréter comme un processus en partie incertain démarrant avec la conception, interrompu par des périodes de maladie et d'incapacités plus ou moins prolongées et se terminant par la mort. Dans une telle conception biomédicale de la santé, dans laquelle elle s'oppose à la maladie et à l'incapacité, le système de soins apparaît en être un déterminant privilégié.

Si l'on se place au niveau d'une population, l'analyse de la dégradation de l'état physique et psychique des personnes prend en considération les courbes statistiques de survie, soit brute, soit en bonne santé, soit encore sans incapacité. La dimension collective et sociale devient essentielle à travers le suivi des maladies chroniques, des comportements dits "à risque", des accidents domestiques, de travail ou de circulation, de l'isolement et des conditions précaires d'existence. C'est l'évolution de ces indicateurs et des courbes de survie qui devient alors l'instrument privilégié des politiques de santé publique. Leurs moyens s'éloignent alors de la sphère technico-médicale : la lutte contre la mortalité prématurée passe par exemple par des campagnes d'éducation pour la santé, contre l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, et par des politiques d'animation sociale visant par exemple à rebâtir les structures de solidarité dans les espaces urbains.

En fin de compte, l'appréciation des déterminants de la santé quitte les seuls éléments biologiques et médicaux. Selon les travaux du Haut Comité de la Santé Publique, les contributions du système de soins n'expliquent qu'entre 10 et 20 % des progrès accomplis dans la diminution de la mortalité depuis les années 1950. Ils soulignent en particulier un grand nombre de facteurs sociaux : "D'abord la paix intérieure et extérieure", l'augmentation du niveau de vie, "la limitation et l'espacement des naissances qui sont à mettre en relation avec l'amélioration de la santé des femmes", le progrès du niveau d'instruction "malgré la persistance de l'illettrisme", le niveau élevé de cohésion sociale comme en témoignent la participation accrue des femmes à l'activité et la croissance des revenus des personnes retraitées, etc. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique conclut que l'état de santé constaté en France aujourd'hui est "d'une certaine manière le produit de la prospérité d'après-guerre, celle des « trente glorieuses ». Ce n'est que dans une vingtaine d'années que se traduiront peut-être sur les indicateurs de santé les effets de la crise économique et du chômage qui se poursuivent depuis les années 1975¹⁶". Cette revue incite ainsi à conclure que si le statut de la santé semble, à première vue, se manifester sous une forme privée, ses multiples déterminants sociaux montrent que son évolution et son avenir sont surdéterminés par son statut public.

Notes

- 1 SESI, Ministère de la Santé, Comptes Nationaux de la santé, 1992-1993-1994, *Documentation Française*, septembre-octobre 1996.
- 2 On peut remarquer que la logique administrative de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui a présidé pour une part à l'établissement de ce Compte de la Santé a conduit à ne prendre en compte en tant que dépenses de gestion que les frais des mutuelles (9 milliards de francs en 1994), ceux du Ministère de la Santé (respectivement 1,2 milliard) et ceux des administrations privées (respectivement 0,9 milliard), mais non ceux des organismes de l'Assurance Maladie (comptant pourtant pour plus de 38 milliards).
- 3 Que ce soit en dollars avec parité de pouvoir d'achat par personne (1 473 \$ contre 3 516 \$) ou en % de la PIB (6,9 % contre 14,3 %), cf. *Eco Santé* OCDE-CREDES 1996.
- 4 Que ce soit pour les hommes (76,6 ans au Japon contre 72,3 aux USA) ou pour les femmes (83 années contre 79), *ibid.*
- 5 Cf. M. Grossman, "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, n° 2, Chicago, 1972. Pour une présentation française, voir par exemple Cl. Le Pen, "Demandes de soins, demande de santé", *Revue d'économie politique*, n° 98, Paris, 1988.
- 6 A. Vatimbella, *Santé et économie*, Ed. Syros, Paris, 1993.
- 7 J.J. Rosa, colloque "La santé à quel prix ?", organisé par *La Vie Française*, 15 oct. 1992, cité dans A. Vatimbella, *opus cité*.
- 8 G. Delande, *Introduction à l'économie de la santé*, Ed. J. Libbey Eurotext, Montrouge, 1991.
- 9 P. Salin, "Scénarios pour des systèmes de santé différents", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, N° 3, Paris, 1987.
- 10 S.G. Karsten, "Health care: Private Good vs. Public Good", *The American Journal of Economics and Sociology*, repris dans *Problèmes économiques, La documentation française*, Paris, 18 oct. 1995.
- 11 S.G. Karsten, *ibidem*.
- 12 S.G. Karsten, *ibidem*.
- 13 Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France, La documentation française*, Paris, 1994.
- 14 Selon l'expression de M. Setbon, *Pouvoirs contre Sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Ed. du Seuil, 1993, cité dans *La santé en France, opus cité*.
- 15 *La Santé en France, opus cité*.
- 16 *La Santé en France, opus cité*, pages 26 et 62 à 73.

SANTÉ PUBLIQUE, MÉDECINE CLINIQUE

ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ :

VRAIES ET FAUSSES CONTRADICTIONS

DE L'INDIVIDUEL ET DU COLLECTIF

Les dépenses de santé tendent à s'accaparer une part sans cesse croissante de la richesse nationale. En moyenne, leur part dans le produit intérieur brut des quatre premières puissances industrielles du monde, dont la France, est passée de 4,3 % à 8,6 % entre 1960 et 1982 ; elle a dépassé les 9 % du PIB français depuis 1991. Parce que ces dépenses relèvent de mécanismes de financement socialisés, ce rythme de croissance est apparu de plus en plus incompatible avec les équilibres macro-économiques d'ensemble et les gouvernements de tous les pays industrialisés ont engagé des politiques de maîtrise visant à le ralentir.

Dans un tel contexte, deux logiques tendent à s'affronter de plus en plus ouvertement à l'occasion des débats aigus que suscite la nécessaire réforme de notre système de santé. La première est celle, qui a prévalu jusqu'à présent, de la *médecine clinique individualisée* fondée sur la qualité du colloque singulier médecin/malade. Cette première logique a un immense mérite : la combinaison d'une éthique hippocratique avec l'existence d'un financement socialisé de l'assurance-maladie ont garanti qu'un critère "égalitariste" d'urgence des besoins médicaux a, pour l'essentiel, présidé à l'allocation des ressources dans notre système. Mais, cette logique a aussi de nombreux inconvénients qui ont conduit à sa mise en crise actuelle (dont la difficulté à maîtriser les dépenses n'est en définitive que le symptôme le plus spectaculaire) : elle ne peut pas éviter un certain arbitraire dans la sélection des besoins effectivement pris en compte ; elle a des difficultés

Jean-Paul MOATTI, Directeur de l'Unité INSERM 379
"Epidémiologie et Sciences Sociales Appliquées à l'Innovation Médicale"
(Institut Paoli-Calmettes, Marseille)
Professeur à la Faculté de Sciences Economiques de l'Université Aix-Marseille II
232, bd Sainte-Marguerite - 13273 Marseille Cedex 9

croissantes à assurer l'équité "horizontale" entre les individus et les groupes (c'est-à-dire l'égalité d'accès aux soins à besoin sanitaire identique) ; elle n'est jamais parvenue à faire réellement progresser l'équité "verticale" (c'est-à-dire à réduire les inégalités en termes d'état de santé, y compris par un traitement prioritaire et donc "inégal" des plus défavorisés)²⁴ ; surtout, elle conduit à une incohérence croissante dans l'allocation des ressources visant à améliorer la santé.

Une logique alternative tend donc à émerger autour du concept de *santé publique*. Cette alternative aurait le mérite de l'efficience "sanitaire" puisqu'elle contribuerait à concentrer les ressources dans les domaines où la collectivité serait susceptible d'obtenir les gains les plus importants en termes d'amélioration globale de la santé de la population. Mais, elle soulève de graves problèmes de remise en cause d'une conception égalitariste de l'équité puisqu'elle reviendrait de fait à donner la priorité aux groupes et personnes ayant les plus fortes probabilités *a priori* de contribuer individuellement à l'objectif de maximisation des indicateurs de santé publique.

Dans cette contribution, je voudrais montrer en quoi l'analyse économique, parce qu'elle est coutumière de la recherche d'arbitrages socialement acceptables entre efficience et équité, peut sans doute contribuer à empêcher un affrontement sans issue entre ces deux logiques.

La théorie économique (au moins celle qui s'inscrit dans le cadre de référence de l'économie du bien-être – "welfare economics" pour les anglo-saxons) a en effet pour objet central la réflexion sur les modes d'allocation de ressources qui permettent de produire le maximum de bien-être pour l'ensemble des individus qui composent la collectivité. Cette théorie reconnaît justement que différentes "éthiques", concernant notamment la façon dont ce bien-être est réparti entre les différents individus, peuvent se traduire par des formes "optimales" alternatives d'allocation des ressources disponibles^{19, 23}. A la lumière de l'analyse économique, les termes de l'opposition classique entre médecine clinique (censée privilégier l'individu) et l'approche de santé publique (se situant à l'échelle des populations et des groupes) doivent être déplacés pour porter sur leur enjeu véritable : *les différentes formes possibles, et socialement souhaitables, d'articulation entre intérêts et préférences individuelles d'une part, objectifs collectifs d'autre part, ainsi que les différentes éthiques auxquelles elles renvoient implicitement.*

Quand la bioéthique se fait envahissante

Dans la conjoncture actuelle du débat sur le système de santé dans notre pays, il y a, me semble-t-il, une focalisation excessive sur les dimensions qualifiées de bioéthiques qui nous fait de plus en plus courir le danger d'occulter des débats tout aussi fondamentaux sur les choix économiques, politiques et sociaux.

Bien évidemment, il y a dans les problèmes posés par le développement rapide d'innovations médicales (en particulier grâce au progrès de la génétique moléculaire, des cytokines, ou des techniques d'imagerie diagnostique) une dimension spécifiquement éthique qui doit être traitée en tant que telle, et qui a d'ailleurs commencé de l'être avec l'adoption d'un dispositif législatif sur la bioéthique.

Le déclenchement d'interrogations éthiques dans la profession médicale et parmi les scientifiques, à l'occasion des problèmes nouveaux posés par la procréation

médicale assistée, le diagnostic prénatal, les soins palliatifs ou la sécurité transfusionnelle, a indéniablement favorisé la prise de conscience qu'un certain nombre de choix ne pouvaient plus être traités sur le plan strictement technique par les seules discussions d'experts, mais qu'ils exigeaient l'ouverture d'une réflexion plus large au niveau de la collectivité.

Mais il y a un danger, dans la conjoncture actuelle du système de santé français, que la focalisation sur l'éthique ne redevienne un moyen pour la profession médicale de contrôler le débat social sur ces sujets, et qu'elle serve de dérivatif par rapport aux choix qui s'imposent dans l'organisation de notre système de santé et dans les modalités de diffusion et d'accès aux innovations médicales.

La philosophe et membre de la Chambre des Lords britannique Mary Warnock²⁵ a fort justement montré que tous les problèmes d'éthique biomédicale peuvent se résumer à l'unique question de savoir "si nous devons faire tout ce qui est techniquement possible". Mais, ajoute-t-elle, cette question unique doit nécessairement être déclinée de deux façons différentes. D'une part, relèvent effectivement de la bioéthique les cas où ce qui est techniquement possible "apparaît discutable" au regard des principes moraux partagés "par une substantielle majorité des membres de la société". Ainsi, s'opposera-t-on à l'expérimentation humaine sans consentement du patient, ou bien s'interrogera-t-on sur l'utilisation aux fins thérapeutiques d'embryons humains ou sur le développement de thérapies germinales susceptibles de modifier le patrimoine génétique de l'humanité. D'autre part, "relèvent inévitablement de l'économie", même s'ils "génèrent des problèmes moraux pour les médecins et pour la société", les cas les plus fréquents qui concernent en réalité la répartition des ressources rares entre le système de santé et le reste de l'économie, ainsi qu'à l'intérieur de ce système.

Dans un précédent article de *Prévenir*¹⁷, nous nous étions déjà efforcés de montrer, au travers de l'exemple du dépistage prénatal des anomalies chromosomiques, en quoi nombre de questions abordées actuellement sous l'angle bioéthique traitent en réalité "implicitement du problème économique des limites dans l'allocation des ressources pour telle ou telle procédure médicale".

Un exemple récent peut illustrer le danger d'une occultation du débat social au travers d'une excessive focalisation apparente sur l'éthique biomédicale. A l'occasion des récentes lois bioéthiques adoptées en 1994 par le Parlement français, un débat, qui n'a d'ailleurs pas été totalement tranché, a porté sur le statut juridique qualifiant les produits cellulaires humains manipulés *ex vivo* à des fins thérapeutiques : d'ores et déjà, les cellules souches hématopoïétiques du sang périphérique prélevées par cytophérèse tendent à remplacer les greffons médullaires classiques en thérapeutique cancérologique et il est question, dans un avenir proche, de thérapie cellulaire somatique et de thérapie génique. Faut-il purement et simplement assimiler ces produits cellulaires à un médicament ? Cette solution aurait certes l'avantage de soumettre d'emblée ces thérapeutiques nouvelles aux procédures strictes de contrôle public des innovations médicamenteuses (Autorisation de mise sur le marché, etc.). Mais elle permettrait leur production directe par des firmes pharmaceutiques et de biotechnologies qui pourraient alors s'assurer le contrôle du "marché" des utilisateurs médicaux ? Ou bien faut-il donner un statut spécifique à ces produits par assimilation à la transfusion sanguine ou au don d'organes, ce qui implique un contrôle direct, par les pouvoirs publics, des conditions de production de ces

produits cellulaires, par exemple dans des centres agréés ? Il est clair que la dimension éthique est ici totalement inséparable des enjeux industriels et d'organisation du système de soins, et que sous le débat technico-juridique se joue même en réalité un choix fondamental d'organisation sociale quant aux limites à fixer au "règne de la marchandise" dans ce domaine.

Les racines économiques et l'éthique hippocratique

En l'espèce, une prétention totalisante du débat éthique me paraît d'autant moins justifiée que l'importance de l'éthique et de la déontologie dans l'exercice de la profession médicale a une racine éminemment économique, justement liée au refus de réguler la production de soins par le marché.

Dans son article fondateur de l'économie de la santé, le Prix Nobel Kenneth Arrow¹ souligne la spécificité du secteur sanitaire par rapport à la plupart des autres secteurs économiques. *"Les mécanismes habituels par lesquels le marché assure la qualité des produits n'opèrent que très faiblement dans le système de santé. C'est pour cette raison que la doctrine éthique des médecins revêt une importance si cruciale. Le contrôle ordinairement exercé par des consommateurs informés est remplacé par l'internalisation de valeurs par les professionnels"*.

L'obstacle majeur à la régulation par le marché, selon Arrow, tient à l'impossibilité que la "souveraineté du consommateur" puisse s'exercer en matière de soins. Ce qui intéresse le consommateur c'est en dernière analyse son propre état de santé. On peut admettre que l'individu lui-même demeure le meilleur juge du bien-être (de l'utilité) que lui procure cet état de santé, soit directement, soit indirectement au travers des autres satisfactions qu'il lui permet d'acquérir. Mais ce n'est pas l'état de santé qui est, en lui-même, l'objet de transactions dans le système de soins. Ce sont plutôt les processus, en l'occurrence les stratégies diagnostiques, thérapeutiques ou préventives, susceptibles de contribuer positivement à la santé. Du fait de l'incertitude intrinsèque à la pratique médicale et de la relation par essence probabiliste entre telle stratégie médicale et ses conséquences sur la santé de tel individu, le consommateur est dans "l'incapacité de juger de la qualité avant l'achat" (situation qui existe aussi sur certains marchés comme celui des véhicules d'occasion) mais cela lui sera également "difficile après l'achat" : il ne sera en effet pas aisé d'établir une claire relation de causalité *a posteriori* entre tel traitement et son résultat (échec ou succès) pour l'individu.

La distinction nette entre l'offre et la demande, condition d'efficacité du fonctionnement des marchés, tend donc à se brouiller. Le consommateur doit s'en remettre à l'expert qu'est le médecin pour obtenir l'accès, d'une part à l'information sur les processus susceptibles d'améliorer ou de rétablir son état de santé et sur les risques associés aux différentes stratégies envisageables dans son cas, d'autre part aux prescriptions elles-mêmes. Dans les principes de l'éthique hippocratique, comme d'ailleurs dans les modèles micro-économiques dominants de la production de soins, le médecin est censé se comporter comme "l'agent moral" de son client, c'est-à-dire faire des choix exactement conformes à ceux que le patient lui-même aurait faits si une asymétrie d'information fondamentale n'existait justement pas entre le médecin et lui.

La force de la relation individualisée médecin/malade tient de ce que cette asymétrie d'information joue souvent au bénéfice du patient en lui permettant de

transférer sur le médecin une large part des coûts, notamment psychologiques, de traitement du risque et de l'incertitude associée à tout acte de soins. Mais, une telle délégation de souveraineté du consommateur (le patient) vers le prescripteur (le médecin) est aussi inévitablement soumise à de nombreuses sources de distorsions.

L'agent et son client peuvent ne pas partager les mêmes valeurs. Par exemple, l'attitude personnelle des médecins de ville face à l'avortement influence leur propension à orienter les femmes vers le diagnostic prénatal par amniocentèse des anomalies génétiques¹². Les préférences du médecin et du patient peuvent justement différer face aux divers arbitrages qu'implique le traitement de l'incertitude dans la pratique médicale : confrontés à un choix hypothétique pour le traitement du cancer du larynx entre chirurgie (60 % de survie à trois ans) et radiothérapie (30/40 % de survie), nombre de sujets interrogés n'en refusent pas moins, à la différence de la plupart des médecins, la laryngectomie du fait de ses conséquences handicapantes pour l'usage de la parole¹⁶. La plus ou moins grande distance socio-culturelle entre le médecin et le milieu d'appartenance du patient intervient également : il a été montré, aux Etats-Unis, qu'à stade identique de développement du cancer du poumon, la décision thérapeutique variait en fonction du statut marital et du type de couverture assurantielle du patient⁸. Enfin, l'asymétrie d'information au bénéfice de l'offreur crée la possibilité objective pour celui-ci de prescrire non pas dans l'intérêt du patient mais dans son propre intérêt (par exemple de maximisation du revenu de son activité) : c'est le fameux effet "d'induction de la demande par l'offre" dont la plus ou moins grande réalité va dépendre des modalités particulières d'organisation du système de soins et de rémunération des professionnels⁶.

Le souci de se prémunir contre ces échecs potentiels de la relation d'agence, de protéger les patients contre une exploitation abusive du monopole informationnel des médecins et inversement les médecins contre une concurrence déloyale de leurs pairs ou des plaintes "non rationnelles" de consommateurs insatisfaits, justifie les interventions réglementaires de l'Etat et le développement du financement socialisé des systèmes d'assurance-maladie. Il explique *l'importance universelle d'une autorégulation de la profession médicale fondée sur une référence à l'éthique* et sur un ensemble de règles "déontologiques" d'organisation de la profession (contrôle de l'accès à la profession au travers du cursus de formation, interdiction de la publicité...) qui garantissent la relation de confiance mutuelle avec les patients en l'absence d'une contractualisation de type marchand.

On peut sans nul doute discuter comme historiquement contingents les principes constitutifs du "libéralisme médical" régulièrement mis en avant dans le débat sur le système de santé dans notre pays (en particulier liberté de choix du médecin pour le patient, liberté de prescription du médecin). Mais, il faut reconnaître que la référence à ces principes pointe la nécessité absolue, pour assurer la légitimité sociale d'un système de santé, de garantir l'autonomie de décision du praticien : c'est-à-dire la qualité de l'interaction avec les patients^[1]. Ce faisant, *la société a accepté de déléguer au corps médical une large partie des choix de valeurs associés à l'action sur les corps, sur leur santé et sur leur bien-être*. Les dénonciations "post-soixante-huitardes" du pouvoir médical ne font qu'exprimer, au-delà de leur caractère excessif, une prise de conscience de la nécessité de resoumettre au débat public les termes de cette délégation. Dans une large mesure, l'émergence du débat bioéthique de ces dix dernières années ne fait

qu'exprimer, sous une autre forme, cette même nécessité rendue de plus en plus impérieuse par le rythme accéléré des innovations médicales.

Cette délégation des choix aux professionnels de santé entretient, chez nombre de ces derniers, un refus de principe de tout critère explicite dans l'allocation des ressources en matière médicale et sanitaire, toute tentative en ce sens étant vécue comme intolérablement contraire à l'éthique. Il n'est pas inutile de réfléchir sur les fondements d'un tel refus de principe, d'autant qu'ils ont été formulés dans un ouvrage, qui a fait référence outre Atlantique, sur les bases philosophiques de la médecine²². Les auteurs expliquent que les atteintes à la santé, donc à l'intégrité physique et mentale de l'individu, constituent un "assaut ontologique" spécifique qui interdit toute comparaison entre les actions visant à satisfaire les besoins humains dans ce domaine de la santé avec des actions visant à satisfaire d'autres besoins de la personne humaine.

Un économiste peut difficilement partager un tel radicalisme philosophique. Il apercevra une certaine hypocrisie à ne pas reconnaître que, dans un monde dont les ressources ne sont pas infinies, les professionnels de santé sont sans cesse amenés à appliquer des critères de sélection dans l'identification des patients qui bénéficieront de tel ou tel traitement. Pour l'économiste, la question n'est donc pas qu'il y ait des critères dans l'allocation des ressources entre différents secteurs, et entre différents groupes de patients. De tels critères existent toujours, de toute façon. Elle est plutôt de discuter de l'efficacité et de l'équité de ces critères : les ressources ainsi consommées auraient-elles été en mesure de produire plus de santé ou de bien-être ? En fonction de quelle(s) conception(s) sous-jacente(s) de la justice et de l'équité, la répartition entre les individus des coûts et des avantages de ces choix peut-elle être ou non considérée comme socialement juste ?

Mon point de vue est que, en maintes circonstances, *la formalisation à travers les outils d'optimisation de la science économique des différentes stratégies alternatives permettant de régler un problème de santé peut contribuer à rendre plus transparentes les logiques éthiques et les préférences sociales sous-jacentes et expliciter les raisons de choix éventuellement contradictoires.*

Prenons l'exemple, le plus "classique" dans la littérature d'évaluation médico-économique, *d'analyses coût-efficacité* où sont comparées différentes stratégies diagnostiques ou thérapeutiques pour une même catégorie de patients ou une même indication (ex. différents protocoles de chimiothérapie adjuvante en première intention pour les cancers du sein de bon pronostic).

L'algorithme décisionnel proposé par ces analyses pour assurer la meilleure utilisation possible des ressources est en définitive assez simple. On l'illustrera par un exemple simplifié.

- Classer, comme dans le Tableau I, les stratégies alternatives que l'on veut comparer par ordre de coût total croissant.
- Eliminer de la liste les stratégies totalement dominées par au moins une autre stratégie, c'est-à-dire toutes celles pour lesquelles existe une autre stratégie qui est "meilleure" en termes à la fois de coût (moins chère) et de résultats (plus de bénéfice sanitaire). Dans le tableau I, IM_1 et IM_2 sont totalement dominées par IM_4 ainsi que IM_3 par IM_6 .

Tableau 1
Comparaison de stratégies médicales mutuellement exclusives

Stratégies comparées	Coût total (en 1 000 F)	Efficacité (ex. : nombre d'années de vie gagnées)
IM 0 (statu quo)	0	0
IM 4	200	40
IM 2	300	20
IM 1	300	30
IM 5	300	50
IM 6	500	75
IM 3	550	70

• Dans la nouvelle liste obtenue (tableau 1 bis), calculer le ratio coût-efficacité "additionnel" d'une stratégie par rapport à celle qui la précède : $R'_i = (C_i) - (C_{i-1}) / (\Delta S_i) - (\Delta S_{i-1})$. Puis, éliminer de cette liste les stratégies dont le ratio coût-efficacité est plus élevé (c'est-à-dire moins bon) que celui des stratégies placées plus loin dans la liste (soit éliminer tout IM_i dès lors qu'on a $R'_i > R'_{i+n}$) : c'est le principe de dominance partielle. Ainsi, dans le tableau 1 bis, si l'on accepte de dépenser plus pour passer de IM_4 à IM_5 au prix d'une certaine dégradation du ratio coût-efficacité additionnel (R'_i), il vaudra toujours mieux passer directement de IM_4 à IM_6 qui provoque une moindre dégradation.

Tableau 1 bis
Comparaison coût-efficacité des stratégies du tableau 1
(après élimination des stratégies dominées)

Stratégies	Coût total	Efficacité	Ratio coût-efficacité additionnel (F par année de vie gagnée)
IM 0	0	0	0
IM 4	200	40	5 000
IM 5	300	50	10 000
IM 6	500	75	8 000

• On obtient le tableau 1 ter des stratégies non dominées qui équivaut à ce que les économistes appellent la "courbe-frontière d'efficacité des possibilités de production", c'est-à-dire l'ensemble des stratégies qui maximisent le résultat obtenu compte-tenu du niveau de ressources consommées.

Tableau 1 ter
Sélection des stratégies du tableau 1 sur le critère coût-efficacité

Stratégies	Coût total	Efficacité	Ratio coût-efficacité additionnel (F par année de vie gagnée)
IM 0	0	0	0
IM 4	200	40	5 000
IM 6	500	75	8 571

• Mais, comme on le voit dans le tableau I ter, le choix final implique inévitablement de se référer à une valeur-seuil monétaire du ratio coût-efficacité $R'sl$. Dans l'exemple, si celui-ci est inférieur à 5 000 F par année de vie gagnée, il faudra préférer le statu-quo, s'il est compris entre 5 000 et 8 570 F par année de vie, il sera justifié de sélectionner IM_4 , et s'il est supérieur ou égal à 8 571 F, la stratégie IM_6 .

A l'issue de l'exercice coût-efficacité, la question demeure ouverte quant à la légitimité de consentir des coûts supplémentaires (+ 300 000 F en passant de IM_4 à IM_6 dans l'exemple) pour augmenter le bénéfice sanitaire (+35 années de vie).

L'association d'une valeur monétaire à un résultat de santé est souvent ressentie par les cliniciens et plus largement par le grand public comme le symbole du caractère non éthique des analyses économiques appliquées à la médecine. Il me semble, au contraire, que l'un des mérites majeurs de la démarche économique est d'objectiver les valeurs implicites accordées par la collectivité à telle ou telle intervention visant à améliorer l'état de santé. L'analyse économique permet de s'interroger sur la variabilité, voire le caractère contradictoire de ces valeurs, qui s'expriment au travers d'une multiplicité de décisions : depuis les décisions individuelles de consommation médicale des patients ou cliniques des médecins jusqu'aux décisions de politiques publiques définissant les conditions de remboursement de tel acte médical ou l'organisation réglementaire de tel programme de santé. Encore faut-il, pour remplir effectivement cette fonction de révélateur démocratique, que l'analyse économique soit elle-même transparente sur ses propres présupposés éthiques. Comme l'écrivait Little¹⁵, "l'économiste peut naturellement analyser les conséquences de tout système de valeurs qu'il se décide d'adopter. Si ces prémisses ne sont pas dissimulés, le résultat ne peut être entièrement inutile."

Les dangers d'une santé publique utilitariste

De multiples travaux internationaux, malheureusement encore trop peu nombreux en France, ont documenté l'existence d'une très grande hétérogénéité et variation des pratiques médicales, qui n'est pas réductible aux différences objectives dans les conditions épidémiologiques et cliniques des patients traités.

Les comparaisons internationales de la fréquence d'un même acte médical font apparaître d'importantes variations que ne suffisent pas à justifier les différences dans la structure démographique des populations ou dans les données de mortalité et de morbidité. Au milieu des années 1980, le nombre annuel d'exams radiologiques pour mille habitants était par exemple en France près du double qu'en Italie du Nord et du triple qu'en Grande-Bretagne⁵. Dans les sept plus grands pays de l'OCDE, de semblables variations du simple au double ou au triple sont retrouvées pour les procédures chirurgicales les plus répandues (césariennes, appendicectomies, amygdalectomies, hystérectomies, cures de hernies, etc.). Dans ces mêmes pays, les durées moyennes de séjour à l'hôpital pour chacune des dix-huit catégories de la Classification internationale des maladies varient d'un facteur 1 à 2,5²¹. Les performances des médecines de ces divers pays demeurent pourtant équivalentes dans chacun des domaines étudiés. Ainsi, une comparaison des unités de soins intensifs en France et aux Etats-Unis fait apparaître une spectaculaire variance des stratégies thérapeutiques adoptées alors que les résultats en termes de mortalité évitée se révè-

lent très voisins quand on les compare par catégories de patients à état de gravité comparable¹³.

Une partie de ces variations peut être rapportée à un environnement différent des médecins en matière de rémunération, d'organisation et de financement de soins et à la plus ou moins grande incitation à multiplier les actes qu'ils recèlent. Le contraste dans les formations initiales et dans les modes de paiement (à l'acte ou par capitation – c'est-à-dire en fonction du nombre *a priori* de patients desservis –) explique par exemple que les médecins anglais fixent le seuil clinique de gravité d'une affection coronarique justiciable d'une intervention chirurgicale (pontage coronarien) beaucoup plus haut que leurs confrères d'Outre-Atlantique². Le lien entre volume d'activité et qualité des soins demeure cependant difficile à établir : une étude sur la prise en charge des personnes âgées selon les régions aux Etats-Unis découvre une proportion identique de "traitements inadaptés" dans les zones à faible consommation médicale de ces populations que dans celles où elle est très élevée⁴.

La comparaison de la fréquence de diverses procédures médicales dans des zones géographiques comparables, à l'intérieur d'un même pays, fait apparaître une amplitude aussi considérable qu'entre pays différents, suggérant que la variance des pratiques n'est pas totalement réductible aux spécificités de l'organisation des divers systèmes de santé. L'*hypothèse* complémentaire avancée, dite d'*incertitude professionnelle*, est que l'hétérogénéité des pratiques médicales est d'autant plus forte qu'il n'existe pas de véritable consensus scientifique ou clinique sur le traitement approprié. L'incertitude tend à donner un poids déterminant aux traditions et opinions subjectives des différents praticiens, voire aux effets de "mode" ou "d'écoles"²⁶.

De multiples efforts visent actuellement à renforcer la *protocolisation des pratiques médicales* : promotion de l'évaluation et des essais randomisés ; conférences de consensus impulsées par les sociétés savantes pour faire la synthèse de l'information scientifique existante sur une procédure médicale ; diffusion de recommandations sur les "bonnes pratiques cliniques", comme les "références médicales opposables" élaborées depuis 1994 en partenariat par les syndicats médicaux français et les caisses d'assurance-maladie. Ces démarches convergentes visent plus ou moins ouvertement à réduire la variance des pratiques médicales dans l'espoir de concilier amélioration de la qualité des soins, maîtrise des dépenses et amélioration des performances économiques du système de santé.

Les propositions de politique de santé soumises au débat par le Haut comité de santé publique¹⁰ vont plus loin dans la perspective de substituer une logique d'amélioration de la santé "en population" à celle de la médecine individualisée du colloque singulier. Elles viseraient à concentrer les efforts sur les domaines où l'action médicale et de prévention sont susceptibles de produire le maximum de résultat en termes de "mortalité évitable". Sans que ses promoteurs en aient forcément conscience, une telle approche de santé publique correspond de fait à une *éthique utilitariste*, souvent considérée à tort comme la seule compatible avec la logique économique.

L'utilitarisme consiste à "accorder un poids égal aux intérêts égaux de toutes les parties", "à additionner les avantages et les inconvénients" et "à choisir ce qui dégage l'équilibre global le plus positif"⁹. Une telle logique utilitariste prévaut inévitablement dans l'objectif de *maximiser un indicateur collectif de santé publique* (nombre de décès évités ou d'années de vie gagnées, par exemple)¹². Le Haut

comité de santé publique ne pousse cependant pas la démarche jusqu'au bout, dans la mesure où il ne va pas jusqu'à suggérer explicitement la recherche d'une cohérence au niveau de l'allocation des ressources. Celle-ci ne pourrait consister qu'à adopter des mesures médicales ou sanitaires tant qu'elles sont inférieures à une certaine valeur implicite (x millions de francs) par décès évité ou par année de vie gagnée. La logique de maximisation d'un résultat de santé publique conduit de fait à identifier l'optimum social à l'égalisation du coût marginal de l'année de vie gagnée entre toutes les actions visant à améliorer la santé de la population.

Les tenants de l'approche dite du "prix de la vie humaine" des études françaises de Rationalisation des choix budgétaires des années 1970 avaient, eux, assumé jusqu'au bout cette logique, et pensé trouver un jeu de valeurs de référence en assimilant un décès prématuré à la perte de production qu'il implique pour la collectivité, celle-ci étant assimilée à la somme actualisée des revenus futurs. Avec des hypothèses de taux d'actualisation de 5 % et de croissance annuelle de la productivité de 2 %, cela revient à fixer à un total d'environ 1,5 million de francs, dans la France des années 1990, le plafond maximal vers lequel faire converger les investissements de santé s'adressant à des individus statistiques "moyens" pour éviter un décès potentiel, ou à le faire varier de moins de 1 million à 4 millions de francs en fonction de la classe d'âge prioritairement concernée dans la population active.

La proposition de certains économistes de se servir d'un critère universel de coût par Qaly (année de vie ajustée par la qualité de vie) pour décider de l'allocation des ressources entre les divers secteurs de la santé correspond à un raisonnement identique^{27, 14}. Le tableau 2 illustre, à partir de différentes études anglo-saxonnes, la dispersion des efforts effectivement consentis pour obtenir une "même" année de vie ajustée sur la qualité dans divers domaines médicaux. Il est tentant, à la lecture d'un tel tableau, de recommander une redistribution des moyens au profit de la prévention du tabagisme ou de la pose de stimulateurs cardiaques, et au détriment de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques, puisqu'à budget constant on produirait un plus grand nombre d'années de vie ou de Qalys.

L'état américain d'Oregon s'est proposé de fonder les critères de remboursement par les programmes d'assurance socialisée (Medicaid) sur la hiérarchie des coûts par Qaly de 709 couples pathologie/traitements standards disponibles. Compte-tenu des contraintes budgétaires, la démarche conduisait à exclure de la prise en charge les 17 % de traitements les plus coûteux pour obtenir une même unité de résultat (le Qaly). On trouvait logiquement certains traitements du sida ou de maladies rares de l'enfant dans ces interventions considérées comme non rentables. Dans le contexte nord-américain, cette démarche était en fait motivée par le souci d'étendre l'accès au programme Medicaid d'assurance-maladie socialisée pour des groupes de population jusque-là privés de couverture du risque maladie. De ce point de vue, elle a le mérite de vouloir substituer au clair-obscur de multiples décisions médicales la transparence "de décisions explicites, visibles et systématiques de rationnement qui seraient le produit de délibérations démocratiques"⁷.

Le reproche véritable^[3] qui peut lui être adressé, comme aux approches précédentes, est que l'objectif utilitariste de "maximisation" du nombre de vies statistiques sauvées (ou de Qalys) ne correspond pas forcément à la réalité des

préférences individuelles ou collectives. La collectivité peut ne pas demeurer indifférente entre éviter 100 décès potentiels correspondant à un risque individuel faible (1 chance sur 10 000) dans une population nombreuse (un million de personnes) ou bien prévenir un nombre équivalent de 100 décès correspondant à un risque élevé (10 chances sur 100) dans un groupe limité de 1 000 personnes. Elle peut, comme elle le pratique de fait aujourd'hui, vouloir accorder une priorité "égalitariste" à la réduction du risque pour le groupe le plus exposé. De même, on peut souhaiter privilégier la prévention de la survenue simultanée d'un nombre important de décès par rapport au même gain de vies étalé de façon diffuse dans le temps ou l'espace (aversion pour la catastrophe ou l'épidémie).

Tableau 2
Coût par "année de vie gagnée ajustée sur la qualité"
de différentes interventions

	Coût actualisé par Qaly en FF (1990)
Grande-Bretagne	
Prévention du tabagisme par le généraliste	2 500
Stimulation cardiaque pour bloc auriculo-ventriculaire	10 000
Prothèse de hanche	11 000
Pontage coronarien (angine de poitrine sévère)	15 000
Grefe de rein	44 000
Dépistage mammographique cancer du sein (femmes ≥ 50 ans)	51 000
Transplantation cardiaque	73 000
Pontage coronarien (angine de poitrine modérée)	183 000
Dialyse en centre	200 000
Etats-Unis	
Dépistage néo-natal phénylcétonurie	0
Traitement hypertension (hommes de 40 ans, TA diastolique ≥ 105 mm Hg)	65 000
Traitement hypertension (hommes de 40 ans, TA diastolique = 95 - 104 mm Hg)	132 000
Traitements hormonaux de la ménopause (femmes non hystérectomisées)	186 000

Bref, la rationalité collective n'est pas condamnée à pondérer de façon toujours identique une vie marginale sauvée en toutes circonstances, ou à n'accepter que le potentiel des revenus futurs comme système social de pondération. Mieux, "une bonne part de nos arrangements sociaux", au rang desquels il faut classer la combinaison de l'éthique médicale et de l'assurance-maladie collective, sont précisément "faits pour empêcher cette égalisation à la marge des satisfactions apportées par nos activités, qui constitue le nœud du modèle utilitariste"¹¹.

Pour un nouveau compromis historique de la santé

Tout système de santé est condamné à vivre une tension permanente entre l'objectif d'efficacité (produire le maximum de santé publique avec les ressources disponibles) et le souci égalitariste (priorité aux besoins des individus médicalement les plus défavorisés) qui fait la grandeur morale et la légitimité sociale de la médecine et de son éthique. Il n'existe pas de "solutions techniques" à cette tension. Les compromis qui seront acceptables (et acceptés) dépendent du jugement que nous portons collectivement sur les processus au travers desquels s'opèrent les "choix tragiques" de l'allocation des ressources de santé³.

Le dépassement de l'opposition entre logique de la médecine clinique et approche de santé publique en implique un autre : le dépassement du problème traditionnel de la conciliation du point de vue de la collectivité avec celui de l'individu. Les débats sur le système de santé nous incitent, et en réalité nous obligent (sauf à céder sans combat au triomphe du règne universel de la marchandise), à un renouvellement de notre éthique collective. Ce renouvellement devrait s'inscrire dans la perspective, esquissée par le philosophe Thomas Nagel²⁰, d'une "éthique comprise comme issue de la division, à l'intérieur de chaque citoyen, de deux points de vue distincts, le personnel et l'impersonnel", ce dernier représentant les "exigences collectives d'impartialité et d'égalité universelles aux yeux de chacun".

Notes

- [1] L'évolution du système de santé américain illustre, s'il en était besoin, que c'est le libéralisme marchand qui menace, de façon bien plus drastique que le contrôle public, la marge d'autonomie des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. On pourra également discuter pour savoir si le "libéralisme" médical à la française est effectivement le moyen le plus adéquat de préserver l'autonomie de décision des professionnels.
- [2] On est en réalité proche de la logique du triage pratiquée par la médecine de guerre, qui, sur le champ de bataille, concentre d'abord les moyens sur les blessés dont l'état leur donne *a priori* la plus grande chance de survie²⁸.
- [3] Nous montrons ailleurs en quoi la construction d'un indicateur Qaly suppose des hypothèses très restrictives et irréalistes sur les préférences individuelles¹⁸.

Références bibliographiques

- 1 K. J. Arrow : Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 53 : 941-973, 1963.
- 2 R.H. Brook et al. : Diagnosis and treatment of coronary disease: comparison of doctors' attitudes in the USA and the UK, *Lancet*, 8 : 750-753, 1988.
- 3 G. Calabresi, P. Bobitt : *Tragic choices*. New York, Norton, 1968.
- 4 M.R. Chassin et al. : Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population, *New England Journal of Medicine*, 314 : 285-290, 1986.
- 5 G. Contento et al. : A comparison of diagnostic radiology practice and patient exposure in Britain, France and Italy, *British Journal of Radiology*, 61 : 143-152, 1988.
- 6 R.G. Evans : Supplier-induced demand, some empirical evidence and implications. In M. Perlman (ed) : *The economics of health and medical care*, Macmillan, London, 1974.
- 7 L.M. Fleck : Just caring : Oregon, health care rationing and informed democratic deliberation. *Journal of Medicine & Philosophy*, 19 : 367-88, 1994.

- 8 E.R. Greenberg et al. : Social and economic factors in choice of lung cancer treatment: a population based study in two rural states. *New England Journal of Medicine*, 1988, 318 : p. 612-617.
- 9 R.M. Hare : *Moral thinking: its levels, methods and points*. Oxford : Clarendon Press, 1981.
- 10 Haut Comité de la Santé Publique : *La santé en France. Rapport général*. Paris : La Documentation Française, 1994.
- 11 A.O. Hirschman : *Bonheur privé, action publique*. Eds Fayard (trad. fr.), Paris, 1983.
- 12 C. Julian et al. : Physician's acceptability of termination of pregnancy after prenatal diagnosis in southern France. *Prenatal Diagnosis*, 1988, 9 : p. 77-89.
- 13 W.A. Knaus et al. : A comparison of intensive care in the USA and France, *Lancet*, 3 : 642-646, 1982.
- 14 R. Launois : La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels et collectifs. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 42 : 246-262, 1994.
- 15 I.M.D. Little : *A critique of welfare economics*. 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 1957.
- 16 B.J. McNeil, R. Weischelbaum, S.G. Pauker : Speech and survival : trade-offs between quantity and quality of life in laryngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, 1981, 305 : p. 982-987.
- 17 J.-P. Moatti, V. Seror, C. Le Galès : L'évaluation du dépistage prénatal des anomalies chromosomiques : l'économie au secours de l'éthique ? *Prévenir*, 22 : 137-156, 1992.
- 18 J.-P. Moatti, P. Auquier, A.-G. Le Coroller, G. Macquart-Moulin : Qalys or not Qalys : that is the question ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 43 : 573-583, 1995.
- 19 G. Mooney, A. McGuire (Eds) : *Medical ethics and economics in health care*. Oxford Medical Publications, Oxford, 1988.
- 20 T. Nagel : Egalité et partialité. Coll. Philosophie Morale, PUF, trad. fr., Paris, 1994.
- 21 OCDE : *Les systèmes de santé à la recherche de l'efficacité*. OCDE, Paris, 1990.
- 22 E. Pellegrino, D. Thomasma : *A philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, Oxford, 1981.
- 23 A. Sen : *Ethique et économie*. Trad. fr., PUF, Paris, 1993.
- 24 E. Van Doorslaer, E. Wagstaff, F. Rutten (Eds) : *Equity in the finance and delivery of health care : an international perspective*. Oxford medical publications, Oxford, 1993.
- 25 M. Warnock : Some moral problems in medicine. *Health Economics*, 3 : 297-300, 1994.
- 26 P. W. Welch et al. : Geographic variations in expenditures for physicians' services in the United States, *New England Journal of Medicine*, 328 : 621-627, 1993.
- 27 A. Williams : Is it a wise use of resources ? In M. Oliver, M. Ashley-Miller, D. Wood (Ed) : *Screening for risk of coronary heart disease*, Wiley, London, 1986.
- 28 G.R. Winslow : *Triage and justice*. University of California Press, Berkeley, 1982.

SANTÉ PUBLIQUE :

DES POLITIQUES EN TROMPE L'ŒIL

La santé fait partie de ces termes qui prêtent aux ambiguïtés et aux malentendus. Aussi, définir la santé requiert au préalable une délimitation de son champ. Tantôt, ce champ est réduit à celui de la maladie. Tantôt, ce champ prend des dimensions considérables puisqu'il est assimilé à celui de la vie. Rabelais n'a-t-il pas écrit : *"La santé, c'est la vie. Sans la santé, la vie n'est plus une vie"*¹.

La plupart des individus se considèrent en bonne santé aussi longtemps que leurs fonctions s'effectuent normalement, c'est-à-dire n'entravent pas leur vie ni les performances qu'ils se sont fixées. L'individu bien portant cherche moins à se maintenir dans un état stable et dans un milieu stabilisé qu'à réaliser ses aspirations et ses désirs². La santé relève donc de l'intime, même si les individus insèrent leur expérience dans un réseau d'explications et de règles sociales³. La santé est, au premier abord, une affaire privée.

Mais la santé est fréquemment mise en danger ou au contraire favorisée par des facteurs, des actions ou un environnement qui ne dépendent pas que de la responsabilité individuelle. La santé est également une affaire publique dans la mesure où elle concerne l'individu/citoyen et parce qu'elle met en jeu "l'harmonie de la société". L'accident du travail avec incapacité fonctionnelle est un drame privé ainsi qu'un enjeu social comme l'a montré la loi de réparation de

*Bernard CASSOU est professeur de Santé Publique
à l'Université René-Descartes - Paris V
Laboratoire Santé-Vieillessement
IFR 12/Inserm - 49, rue Mirabeau - 75016 Paris*

1898, première grande loi sociale dans notre pays. La société requiert, en effet, la santé de ses membres pour fonctionner.

Les politiques de santé publique se développent ainsi dans deux domaines : celui de la vie privée des individus et celui de la vie collective. Passer de considérations individuelles à des considérations collectives (et vice-versa) n'est pas chose aisée lorsque l'on souhaite agir sur les phénomènes de "santé". Pour de nombreux acteurs de la santé publique, les actions devraient procéder, avant toute chose, d'une réflexion sur ce que l'on entend par "santé" et plus spécifiquement sur la notion de "besoins de santé". La façon dont on définit un problème ne détermine-t-elle pas, en grande partie, ce que l'on en fait ?

Mais peut-on parler de la "santé" comme s'il s'agissait d'un objet dont on peut faire le tour ? L'abord rationnel des problèmes de santé ne risque-t-il pas de masquer les soubassements idéologiques et les pratiques sociales qui concernent le corps des individus tout comme le corps social ? La santé est inscrite dans le discours et les pratiques de la société. Elle ne peut être réduite à la destinée biologique des individus. Elle doit être appréhendée comme un processus construit socialement.

Face à la crise actuelle du champ de la santé, nous pensons que la réflexion en santé publique devrait se focaliser sur les enjeux des politiques, les logiques en œuvre, leurs effets positifs et négatifs, et moins s'attacher à rechercher une définition de la santé qui donnerait un nouvel élan aux politiques de santé publique.

La "santé" en crise

En dépit de l'amélioration continue des indicateurs de santé (mortalité infantile et espérance de vie notamment) et des progrès substantiels en matière de diagnostic et de thérapeutique, le champ de la santé est en crise⁴. Pour les individus, le rêve d'une éradication des maladies et d'une augmentation sans fin de l'espérance de vie sans incapacité s'est estompé. Pour la société, la part croissante de la richesse produite par le pays, consacrée aux dépenses dites de santé et le financement de celles-ci soulèvent des problèmes inextricables. Mais, le plus inquiétant est l'incapacité des pouvoirs publics et des professionnels de santé à faire face au défi actuel de santé publique : sécurité sanitaire, pollution environnementale et de la chaîne alimentaire, précarisation des conditions de travail en particulier. La défaillance généralisée des mesures administratives d'expertise et de contrôle est patente dans l'affaire du sang contaminé et "l'épidémie" de cancers liés à l'exposition à l'amiante.

Cette crise est, entre autres, la conséquence de la confusion entretenue depuis des dizaines d'années, par les professionnels de la santé et les pouvoirs publics, entre système de santé et système de soins, entre responsabilité individuelle et responsabilité collective. Les décideurs politiques ont longtemps considéré que la santé était du domaine réservé des médecins. De leur point de vue, la santé n'est qu'une affaire d'évitement des maladies et de guérison lorsque l'on est malade⁵. Le salut des corps repose, avant tout, sur le mode de vie des individus et la compétence des soignants.

Dans cette conception, la médecine et le modèle médical de la santé ont évidemment une place centrale dans le système de santé. La médecine ne poursuit-

elle pas, depuis son origine, la solution scientifique à la question : comment "conserver la santé et guérir les maladies" comme le suggérait déjà Claude Bernard en 1856⁶ ? Dans cette approche, la santé est conçue comme absence de maladie. La seule perspective donnée à la population est de tout faire pour ne pas tomber malade et de se précipiter chez le médecin au moindre soupçon.

Les enjeux des politiques de santé publique ne peuvent pas être réduits aux enjeux de la prévention médicale. Comme toute politique, elles reposent sur des choix et des engagements. Ceux-ci ne mettent pas seulement en jeu des données objectives, mais aussi des jugements de valeur sur l'homme et la société. Ces jugements se définissent par rapport à des systèmes de valeur qui ne sont pas indépendants de la situation de ceux qui formulent les concepts, le plus souvent des professionnels de santé et particulièrement des médecins.

Les concepts de santé publique doivent être relativisés et en premier lieu celui de "santé". Les pratiques de santé publique renseignent beaucoup mieux sur la conception de la santé sous-jacente à ces actions que les discours de ceux qui les conduisent. "*Les pratiques sociales sont des idéologies en acte*" a souligné M. Godelier⁷. C'est ce que nous illustrerons en analysant succinctement deux actions de santé publique : l'évaluation des besoins de santé des personnes âgées et les campagnes de "lutte contre" le tabagisme dans les entreprises.

Evaluer des "besoins de santé"

La mise en place d'une prestation autonomie est au cœur de la politique de santé publique concernant les "personnes âgées". Elle repose sur l'évaluation des "besoins de santé" au moyen de grilles de "dépendance".

Lorsque l'on examine les grilles de "dépendance" on est frappé par le fait qu'elles consistent exclusivement à comptabiliser des pertes et des déficits. Confrontés aux limites fonctionnelles des personnes âgées, les professionnels de la gériatrie ont construit des grilles de dépendance dans un souci opératoire. Il s'agit de mesurer la charge supplémentaire que ces personnes occasionnent à des tiers (il faut les lever, les habiller totalement ou partiellement, les stimuler lors des repas etc.). C'est la gestion du corps usé qui est l'objectif de ces instruments.

L'analyse de la situation des personnes âgées et l'identification de leurs "besoins de santé" sont conduites en privilégiant le point de vue des professionnels et incidemment celui des gestionnaires. Dans les grilles, les personnes âgées sont conçues comme des charges pour des tiers. C'est une vision très réductrice des activités des personnes âgées.

La santé est définie, dans ces grilles, comme la capacité à réaliser seul les actes de la vie quotidienne. La seule prise en considération de la réduction des capacités corporelles et du degré dit de dépendance relève en fait de la logique utilitaire, de l'efficacité technique et de la productivité du système médico-social. Les intérêts des professionnels de santé et des gestionnaires du système sont au centre de la problématique.

Les politiques de santé publique concernant les personnes âgées s'intègrent ainsi dans le mode de gestion bureaucratique des populations⁸. Il s'agit de mettre en relation un détenteur de droits avec des agents socialement mandatés pour classer les individus dans des catégories qui leur correspondent. Ces catégories

(dans cet exemple, les groupes iso-ressources de la grille A.G.G.I.R.) définissent les "besoins de santé" et permettront d'avoir une aide par des professionnels.

Lorsque l'on change de point de vue et que l'on privilégie celui de la personne âgée, on constate que les activités de la vie quotidienne structurent le temps et l'espace de la personne. Elles constituent ce par quoi l'autonomie et l'identité de la personne se construisent et se maintiennent⁹. En intervenant sans prudence pour combler les manques, on risque donc de s'attaquer à l'autonomie des sujets et de favoriser les dépendances. Sous prétexte de pallier les insuffisances physiques, on met en danger le bien-être psychique et social des personnes.

Occulter les enjeux de santé publique

La recherche d'efficacité dans les mesures préventives peut être aussi à l'origine de phénomènes d'occultation d'une partie de la problématique de santé publique.

A première vue, la mobilisation des entreprises pour les non fumeurs est réconfortante. La plupart des experts en santé publique ne considèrent-ils pas que la lutte contre le tabagisme représente un des enjeux les plus importants pour la santé de la collectivité. S'il est entendu que le tabagisme est un comportement nocif pour la santé, la question principale de nos jours devrait être de savoir pourquoi un individu fume et notamment sur son lieu de travail. Quelle est la signification de ce comportement ? Quels en sont les liens avec sa position sociale, ses conditions matérielles d'existence, son mode de vie, son système de valeurs, son activité de travail et ses rapports avec l'espace public¹⁰ ?

En choisissant de porter l'attention seulement sur les comportements individuels et non sur les conditions de travail, les campagnes de "lutte contre" le tabagisme maintiennent dans une zone de non visibilité sociale certains facteurs des conditions de travail qui peuvent être aussi à l'origine de cancers. On connaît les conséquences de cette pratique en terme d'injustice sociale et de politique timorée de prévention des cancers professionnels¹¹.

Pour les "experts" de la prévention, l'entreprise est tout simplement un excellent "champ de manœuvre" pour déployer "l'arsenal" de l'éducation sanitaire. Les salariés fumeurs sont des "cibles" qu'il s'agit d'atteindre par une "stratégie" de contournement en s'aidant des non-fumeurs et du règlement intérieur comme de "missiles". Ce n'est pas par une approche singeant le langage militaire que l'on forge et développe une culture de santé dans l'entreprise.

Pourtant, la responsabilité de l'entreprise est engagée dans l'imposition d'un surcroît de risque à des groupes de travailleurs. Évidemment, dans le domaine de la santé au travail, s'il est nécessaire de changer les comportements, ce sont entre autres ceux des employeurs et de l'État qu'il importe de changer, notamment dans leur façon de prendre en charge les problèmes de santé dans le travail. Les campagnes anti-tabac dans les entreprises font l'impasse sur cette réalité et c'est cela qui est suspect.

La montée du libéralisme et de l'individualisme déplace la problématique de santé publique en entreprise d'une approche collective sur les conditions de travail à une approche centrée sur le sujet, sur ses responsabilités dans le domaine de la santé. Le Code Européen de la Santé ne souligne-t-il pas que le salarié doit "respecter les consignes de sécurité".

La santé publique dans le champ du politique

La plupart des atteintes à la santé, dans leur genèse et leurs manifestations, sont liées aux façons dont les gens vivent et travaillent. Maladie et santé renvoient à des modes d'existence globaux, à un moment donné, dans une société donnée¹². Les ruptures sociales et les bouleversements du système travail/emploi, occasionnés par les transformations économiques actuelles, risquent d'avoir de lourdes conséquences pour la population en terme de santé.

Une politique de santé publique ne peut donc se résumer à une "lutte contre" des modes de vie, à une réorganisation du système de soins ou à une réforme de son financement. Dans cette approche, la santé ne serait qu'une affaire privée que les pouvoirs publics devrait réguler. C'est masquer la nature véritable des politiques de santé publique. Elles s'intègrent dans une vision utilitariste du corps des individus et dans une gestion médicale des problèmes sociaux qui estompent les antagonismes entre les groupes (générations, sexe, ethnies, classes sociales). Dans ces conditions, rien d'étonnant que la santé soit devenue un bien à privilégier, un capital à entretenir et à développer pour les individus et la société.

Force est de constater qu'il y a souvent un décalage entre le discours sur la "santé" (améliorer la santé de nos concitoyens, les amener progressivement au "bien-être"... physique, mental et social) et le contenu et les finalités réelles des politiques de santé publique. On allèche le citoyen par la question "comment dépenser mieux ?", et dans les faits, on "violente" le malade par la question "comment dépenser moins ?".

En fait, on oublie trop facilement que la santé publique, comme toute pratique sociale, est immergée dans le champ politique. Ce qui est en jeu, ce sont les conceptions de la santé sous-jacente aux actions mais aussi la hiérarchisation effectuée parmi les déterminants et la problématique sociale de ces actions. On perçoit dans ces enjeux l'écho des batailles idéologiques du domaine politique dans le domaine de la santé. Mais ces enjeux sont le plus souvent cachés derrière l'émotion de façade qui étirent les décideurs politiques et les professionnels de santé dès l'instant qu'ils évoquent la santé des citoyens et la nécessité d'une hygiène de vie pour... leur "bien-être".

Moral et santé ont toujours été associés au cours des siècles. Au début de notre siècle, on conseillait de prendre un bain au moins une fois par semaine, de se laver les mains avant de se mettre à table, de ne pas cracher par terre et de se tenir droit à l'école. En cette fin de siècle, les sommités scientifiques et les "sages" qui ont élaboré le Code Européen de la Santé recommandent "de ne pas fumer, de modérer la prise de boissons alcoolisées, de ne pas s'exposer au soleil et de respecter les consignes de sécurité" !

Pour de nombreux acteurs de santé, la maîtrise de soi, vieux précepte stoïcien, est préférable à une remise en ordre de notre société, à une réduction des inégalités par des mesures collectives. Il ne faut pas oublier que l'émergence de la santé publique au XVIII^e siècle¹³ est indissociable de la construction de l'État, du contrôle des "sauvages de l'intérieur" et des bonnes mœurs... Questions toujours d'actualité !

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur l'autonomie du champ de la santé publique par rapport aux champs politique et social et sur la nécessité d'élabo-

rer une nouvelle définition de la santé pour agir autrement. La santé publique est une catégorie de l'action politique et toute définition de la santé s'inscrit dans ce cadre.

Références bibliographiques

- 1 F. Rabelais, *Le quart livre*. Flammarion, Paris, 1993.
- 2 G. Canguilhem cité par F. Amiel-Lebigre, M. Gognalons-Nicolet. *Entre santé et maladie*. P.U.F., Paris, 1993.
- 3 C. Herzlich, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 1992.
- 4 A.J. Barsky, The paradox of health. *N Engl J Med*. 1988 ; 318 : 414-418.
- 5 M. Drulhe, *Santé et société*. P.U.F., Paris, 1996.
- 6 C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Nouvel Office d'Édition, Paris, 1963.
- 7 M. Godelier, *L'idéal et le réel*. Fayard, Paris, 1974.
- 8 R. Lenoir, *Objet sociologique et problème social in Initiation à la pratique sociologique*, P. Champagne, R. Lenoir, D. Merllié, L. Pinto, Dunod, Paris, 1990.
- 9 B. Veysset et al., *Dépendance et vieillissement*. L'Harmattan, Paris, 1989
- 10 O. Schwartz, *Le monde privé des ouvriers*. P.U.F., PARIS, 1990.
- 11 J. Brugère, A. Thébaud-Mony, H. Pézerat, B. Cassou, *Cancers professionnels : connaissance, réparation et prévention*. *Bull Cancer*, 1994, 81, 14-21.
- 12 R. Castel, *Nouveaux concepts en santé mentale*. *Soc. Sci. Med.*, 1986, 22, 161-171
- 13 P. Pinell, Une affaire d'état : hygiène et contrôle des sauvages de l'intérieur. *La Recherche*, 1995, suppl. 281, p 2023.

REFONDER UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Il peut sembler provocateur de poser la question de la refondation d'une politique de santé publique. C'est pourtant légitime et inéluctable.

C'est légitime parce qu'en dépit d'une évolution réellement positive depuis la fin des années 1980, la conception de la santé publique en France demeure, au niveau politique, embryonnaire. La place de la santé publique est, de surcroît, marginale au sein du système de santé. Tous les praticiens de la santé publique savent bien que ce dernier est régi essentiellement par la logique bio-médicale.

La question de la refondation de la politique de santé publique est également inéluctable parce qu'il n'est pas de politique sans une politique des moyens de cette politique, ce que, trop souvent, en France on néglige. Ecartons, par principe, une politique de gesticulation, c'est-à-dire une politique dont le but est de signifier qu'on a perçu un message et de laisser croire qu'on va y répondre sans, toutefois, se donner les moyens d'y répondre. Ce type de politique est fréquent, y compris dans le domaine de la santé publique. La question de l'alcool en est, bien évidemment, l'illustration classique. Mais, quelle que soit la contrainte que subit tout pouvoir politique dans sa volonté d'agir, celui-ci ne peut pas ne pas définir et essayer de mettre en œuvre une politique de santé publique, c'est-à-dire une politique visant à maintenir et améliorer, si possible, l'état de santé de

Bernard MARROT, Docteur en droit, est Directeur de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales des Pays-de-la-Loire, et ancien Président de la Conférence Nationale des DRASS.

DRASS Pays-de-Loire - Rue René-Viviani - 44062 Nantes Cedex

la population. Dès lors, il lui faut penser les moyens les plus adéquats par rapport aux objectifs qu'il s'assigne et s'en doter. Or, nous sommes, à nouveau, à un tournant en ce qui concerne l'organisation de la santé publique en France aujourd'hui. En créant, dans le cadre de la réforme de notre système de protection sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les unions régionales des caisses d'assurance-maladie, les conférences nationale et régionales de santé, en confirmant les unions régionales de médecins libéraux, en plaçant la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie au cœur du système de santé, les Pouvoirs publics s'obligent à reconsidérer profondément l'organisation de la santé publique. Des réformes en cours peuvent naître, de ce point de vue, bien des espoirs et bien des craintes. Il nous semble intéressant d'envisager les conditions auxquelles devrait répondre demain une politique de santé publique et d'esquisser des propositions d'organisation et de méthode pour l'action publique.

Les conditions d'une politique de santé publique

Nous n'entrerons pas, dans le cadre de cet article, dans un débat sur le concept de santé. Ce débat, nécessaire, est ouvert par d'autres, au sein même de cette revue, plus qualifiés que ne saurait l'être un praticien de l'administration de santé publique. Pour autant, il ne saurait être question d'esquiver le problème de la définition de la santé qui doit guider une politique en la matière, sauf à ôter toute signification aux propositions que l'on peut émettre pour l'action publique. Condition première donc : définir la notion de santé sur laquelle fonder une politique.

Très brièvement, nous affirmerons notre accord avec la définition de la santé que retient le Rapport général sur "la santé en France" du Haut Comité de la santé publique. Il nous paraît, par ailleurs, très important de souligner l'apport philosophique à la réflexion sur la santé, en particulier les très intéressants travaux de B. Honoré¹ sur la recherche d'un sens à la démarche de santé. La vision de la santé comme projet, personnel et collectif, aide certainement quiconque porte des responsabilités à entretenir ce qu'il faut de regard critique à l'égard de toute approche "scientiste" (risque qui peut guetter même certaines démarches de santé publique).

De manière générale, toute politique de santé publique devrait, selon nous², s'attacher à créer les meilleures conditions possibles de vie et de travail pour la population. Cela signifie que la prévention primaire doit tenir une place beaucoup plus importante dans l'action publique. Compte tenu des données de la santé publique, il est clair que les déterminants sociologiques, psychologiques, environnementaux sont au cœur de la décision. Cela implique une prise en compte des finalités de santé dans des choix qui débordent de beaucoup le champ institutionnel de la santé : politiques des revenus, de l'urbanisme et de l'habitat, de l'aménagement du territoire, de l'éducation, de l'emploi et de la formation continue, notamment. Mais une politique véritable de santé publique ne peut atteindre son but par l'addition de politiques sectorielles, fussent-elles capables d'intégrer une problématique de santé (ce qui serait un immense progrès). Elle doit, au-delà de l'impératif que devrait être la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, non pas dire le sens mais favoriser une capacité de vivre en retrouvant un sens à la vie. Utopie ? Sans doute, dans un type de société comme la nôtre. Mais nécessité d'agir, si l'on se réfère à l'indicateur du taux de suicide, ou encore au taux élevé de consultations où s'exprime un "mal être".

Nous atteignons, là, les limites classiques de toute politique et, singulièrement de la politique de santé publique, souvent accusée de véhiculer une morale et de se substituer ainsi au libre-arbitre de l'individu. Effectivement, aucune politique n'a le droit de franchir ce pas. Mais bien des politiques, celle de santé publique surtout, sont, encore une fois, par la matière même qu'elles abordent, confrontées à cette frontière. Quel doit-être le rôle du politique dans ces conditions ? Il nous semble, comme nous le suggérons ci-dessus, qu'il consiste à rendre plus libre, c'est-à-dire plus responsable de ses choix, le citoyen, un citoyen souvent mal informé parce que soumis à de multiples conditionnements. Ce n'est pas impossible. D'autres pays que la France sont plus engagés dans cette voie. La pédagogie de la participation existe. C'est, en tout cas, la seconde condition de réussite d'une politique de santé.

Une politique de santé publique ne saurait se limiter à une lutte contre des "fléaux sociaux", à un ciblage – si utile soit-il – de pathologies demandant une action collective. La maîtrise de la problématique de santé publique suppose une analyse approfondie des processus interactifs qui caractérisent ce qui est moins un "état" de santé qu'une succession d'états, une dynamique. L'insuffisance d'investissement dans l'analyse est souvent cause des échecs observés. Les phénomènes décrits sont pris, pour reprendre une expression de P. Bourdieu, comme le "donné tel qu'il se donne" et l'on ne sait si l'on traite l'effet ou la cause, encore moins l'enchaînement, faute de vue globale, des causes et des effets. C'est dire qu'une politique de santé publique ne peut être une politique prescriptive seulement (surtout si c'est par voie de "circulaires"). Elle doit être tout autant, sinon plus, une politique d'élaboration stratégique où la gestion de projets prévaut sur la gestion de structures. Troisième condition, essentielle aussi.

La réforme du système de la protection sociale risque-t-elle d'accentuer la marginalisation de la santé publique ? A première vue, on peut le redouter. Plus que jamais – et cela se comprend – elle place la maîtrise des dépenses de l'assurance-maladie au centre des préoccupations publiques. De nombreuses voix s'élèvent pour dire qu'il n'y a plus de politique de santé, que l'impératif financier tient lieu de politique dans ce domaine. A y regarder de plus près, le pire n'est pas sûr. On peut même soutenir que la maîtrise des dépenses est la condition *sine qua non* d'une véritable politique de santé. Que cherche en effet la réforme ? A mettre un terme à l'évident surdimensionnement de notre appareil de soins. Le rapport du Haut Comité de la santé publique rappelle, à cet égard, que le système de soins explique entre 10 à 20 % des progrès accomplis depuis les années 1950 dans l'évolution du taux de mortalité. Son apport au prolongement de l'espérance de vie sans incapacité demeure partiel. Bien entendu, il serait absurde et dangereux d'opposer santé publique et système de soins de façon manichéenne. La qualité globale de ce dernier et son rôle ne sont pas contestables. Mais un rééquilibrage entre les différentes fonctions du système de santé est nécessaire, de telle sorte que la prévention, l'observation, la réinsertion cessent d'occuper une place marginale. Un transfert de moyens (même si l'on joue, ici, sur des enveloppes financières de nature différente) s'impose au profit de ces fonctions. Or, de la réussite du plan de maîtrise des dépenses de l'assurance-maladie dépend probablement le rééquilibrage que nous évoquions à l'instant. Ce n'est d'ailleurs pas seulement une question de maîtrise des moyens. La maîtrise de la dépense implique la définition de nouveaux rapports entre les Pouvoirs publics et le pouvoir dominant dans le champ de la santé, celui de la médecine. La demande de cette dernière enfin objectivée en fonction des besoins réels, il devient possible à l'Etat de retrouver la capacité de développer une

approche globale – intersectorielle – de la santé publique. C'est la quatrième condition d'une politique effective dans ce domaine.

Certes – on y reviendra – les ordonnances du 24 avril 1996 composent un paysage institutionnel dans lequel la place de l'administration de santé publique – en particulier les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales – paraît seconde par rapport à celle faite aux institutions de régulation que sont les Agences régionales de l'hospitalisation et les Unions régionales des caisses d'assurance-maladie. Les temps n'étaient pas encore mûrs – ils le seront probablement un jour – pour une proposition d'institution de santé publique régionale apte à arbitrer entre toutes les fonctions et tous les acteurs de la santé sur la base d'une dotation financière unifiée et selon une stratégie fondée sur une analyse approfondie des priorités de la santé. Mais, là encore, si l'on se penche attentivement sur les textes des ordonnances, on observe que les prémisses d'un changement important sont là. D'abord, le Parlement est appelé à se prononcer sur le niveau de la dépense après avoir débattu des priorités de santé définies par la Conférence nationale de santé. Elle-même disposera, pour arrêter ses propositions, des conclusions d'un rapport du Haut Comité de la santé publique, ainsi que des rapports présentant les priorités des régions réunies elles-aussi en Conférences de santé. On peut, évidemment, craindre les effets pervers propres à tout pyramidage institutionnel. Mais l'échec n'est pas écrit d'avance pour deux raisons : d'une part, le rôle du Haut Comité de la santé publique peut s'avérer très important. La création du Haut Comité en 1991 et ses premiers travaux ont constitué l'un des signes les plus tangibles d'une progression de la santé publique en France, au cours de ces dernières années, au niveau de la sphère politique s'entend. D'autre part, il faut bien voir que les conférences régionales de santé publique ne sont que l'aboutissement, si essentiel soit-il, d'un travail de fond, d'un travail d'enquêtes ordonné, pour la première fois, selon une méthodologie éprouvée.

Autre élément, à nos yeux important, l'ordonnance relative à l'hospitalisation prévoit que l'agence régionale de l'hospitalisation doit inclure, dans la négociation des contrats d'objectifs avec les établissements de santé, les orientations arrêtées par la conférence régionale de santé. Elle doit également rendre compte, dans un rapport annuel à la conférence régionale de santé, de l'exécution des priorités de santé publique par les établissements de santé. Ainsi est-il clairement affirmé que l'agence régionale de l'hospitalisation n'est pas une agence purement financière. Pour avoir expérimenté cette contractualisation et avoir fixé des objectifs de santé publique en contre-partie des moyens alloués, nous pouvons attester que la négociation budgétaire est un procédé plus efficace que beaucoup d'autres pour amener le secteur hospitalier à s'intégrer davantage dans un réseau et des priorités de santé publique.

Il reste que le rééquilibrage du système de santé ne se fera pas sans une participation de nos concitoyens à la définition, à la base, des priorités et des actions. Sans nier le rôle légitime des élus, on sait que ceux-ci doivent résoudre des demandes contradictoires : demandes d'équipement hospitalier sur le registre, toujours payant, du prestige de la commune, demandes d'emplois hospitaliers, fût-ce au prix d'un mauvais emploi de cet emploi (sureffectifs hospitaliers et sous-effectifs de services de soins à domicile, etc.). Quant à la population, devant un système de santé aussi largement dominé par le discours médical – très médiatisé – de quels critères dispose-t-elle pour participer à la décision ? A quelles conditions peut-elle se démarquer du discours dominant qu'elle ne fait que reproduire ? Si difficile soit-elle, la réponse n'est pas impossible. On observe

que, par exemple, dans les pays les plus évolués en matière de santé publique, une place importante est faite aux enquêtes populationnelles qui peuvent être un moyen de formation du citoyen dans la mesure où la discussion des résultats de l'enquête peut être organisée avec cette visée pédagogique. Les méthodes sont au point. Elles ne sont pratiquement pas appliquées en France. Ce n'est pas une question de coût (un tel investissement représente le tiers du coût de fonctionnement d'un scanner). C'est une question de culture et de structure administratives. Changer l'esprit et les méthodes de l'action administrative par de telles méthodes figure au nombre des conditions d'une bonne politique de santé.

Faut-il envisager une gestion décentralisée de la santé publique ? Entendons-nous sur ce terme. Nous venons de préconiser une méthodologie de la participation des citoyens à la gestion de la santé qui implique la décentralisation. Celle-ci doit-elle être une décentralisation fonctionnelle – autrement dit, d'un point de vue juridique, une déconcentration de l'action de l'Etat au profit de ses services locaux – ou une décentralisation au sens juridique, c'est-à-dire un transfert aux collectivités locales de la gestion de la santé ? Beaucoup pencheraient pour cette dernière solution, qui ne se privent pas d'ailleurs de faire une mauvaise presse à l'Etat. Le bilan de la décentralisation est-il, pour autant, tel que cette solution s'impose avec évidence ? Nombreux sont les départements dont l'action sanitaire et sociale repose sur une conception et des moyens qui marquent plutôt une régression par rapport à la dynamique créée par l'Etat dans les années 1970. De brillantes exceptions ne sont là que pour confirmer cette impression générale. De surcroît, les conflits d'intérêts entre collectivités locales ont rendu aléatoire, voire impossible, dans de nombreux cas, une action sanitaire et sociale morcelée entre un grand nombre d'institutions. Si une décentralisation doit être envisagée à terme, il nous semble que la voie ouverte par le rapport "Santé 2010" du Commissariat général au Plan est plus prometteuse. En évoquant une agence régionale de santé publique (établissement public) apte à arbitrer entre les différentes fonctions du système de santé, comme nous l'avons déjà dit, le rapport préconise un système décisionnel unifié et une décentralisation spécialisée, la représentation de la population pouvant très bien être conçue, au sein d'un tel organisme, sur le modèle de la régie régionale de santé et des services sociaux du Québec. L'agence régionale de l'hospitalisation est, peut-être, la première pierre d'un tel édifice. Mais les conditions politiques d'un tel projet sont loin, encore, d'être réunies.

La gestion déconcentrée de l'Etat, coordonnée, dans le cadre des conférences régionales de santé, demeure probablement la voie la plus praticable dans l'immédiat. Rien, encore une fois, n'interdit à cette gestion de développer une approche plus démocratique du système de santé. Mais l'exigence d'une telle gestion c'est une capacité d'expertise, des procédures d'action et des structures rénovées et simplifiées ainsi que nous nous efforcerons de le montrer dans la suite de cet exposé.

Propositions d'organisation et de méthode pour l'action publique en matière de santé

La priorité donnée à la maîtrise des dépenses de l'assurance-maladie (95 % des dépenses publiques de santé) est une priorité dans l'ordre des urgences. Elle est aussi, nous l'avons souligné, une condition du redéploiement du système de santé en faveur d'une politique plus affirmée de santé publique. On ne peut donc que souhaiter la mise en œuvre, parallèlement au dispositif des agences régionales de l'hospitalisation, d'une organisation publique de la santé donnant à

l'Etat les moyens d'agir. Pour ce faire, il nous semble qu'il faut d'abord redéfinir les missions des services de l'Etat et leurs méthodes d'intervention, puis mettre en place une organisation plus structurée, moins dispersée que l'actuelle organisation, mieux dotée aussi.

Les missions et les méthodes d'intervention d'une nouvelle administration de santé publique

La première des missions, c'est l'observation de la santé, encore insuffisante, éclatée entre pôles concurrents, trop peu orientée vers les déterminants sociaux et environnementaux.

La méthodologie de l'observation est encore trop axée sur le recueil de données préconstruites, conçues pour des systèmes d'information centralisés. Elle ne fait pas assez de place aux méthodes d'enquêtes. Si un investissement plus grand doit être fait dans l'expertise de l'observation de la santé, un investissement tout aussi important doit être consenti dans les méthodes favorisant la participation de la population à la réflexion sur la santé et à l'élaboration de propositions en ce domaine. Les conférences de santé, qui ont cette mission de proposer des priorités d'action ne doivent pas être un lieu réservé aux experts seulement. L'utilisation des enquêtes populationnelles, des méthodes d'enquête-participation ou recherche-action doit donc devenir d'un emploi courant dans une administration de santé publique.

La seconde des missions de cette administration, nous venons de l'évoquer, c'est l'animation du dispositif de concertation et d'élaboration stratégique dont la conférence régionale de santé est le lieu principal d'expression. A partir des priorités retenues, c'est une démarche de projet – de gestion d'objectifs – qui doit être mise en œuvre jusqu'à l'évaluation. Ce discours peut sembler, aujourd'hui, banal. Mais une telle démarche, que nous sommes quelques-uns à prôner depuis longtemps, demeure très embryonnaire, et nullement assurée. Il faut la conforter.

Il est une troisième mission qui est, à nos yeux, essentielle. Il s'agit de donner à une administration de santé publique un véritable pouvoir en matière de prévention primaire. Autrement dit, tout projet (urbanisme, aménagement, etc.) susceptible d'avoir une incidence sensible sur les conditions de vie d'une population devrait, avant d'être autorisé, faire l'objet d'une étude d'impact sanitaire et social, et d'un avis de l'administration de santé publique. Dans certains cas, précisés par la loi et le règlement, l'autorité aurait compétence liée par cet avis. Cette proposition est réellement très importante. Combien d'erreurs auraient pu être évitées en procédant ainsi. Il va sans dire qu'une telle mission suppose, pour son exercice, des garanties sérieuses d'expertise multidimensionnelle, de consultation, de délais. Mais on saurait d'autant moins faire l'économie d'une réflexion à ce sujet que nombre de problèmes de santé publique mettent en évidence la crise du lien social et qu'améliorer l'état de santé d'une population est rigoureusement impossible si ce qui la fonde en société s'effrite. A cet égard, la réflexion sur la santé publique a tout à gagner à intégrer celle que conduisent les penseurs de l'exclusion, depuis Durkheim, notamment.

Quatrième mission de toute administration de santé publique, au moins aussi importante que les trois autres, préalable nécessaire en tout cas : la sécurité sanitaire. Là aussi, le rappel paraîtra aller de soi. C'est qu'en l'occurrence il s'agit moins de s'attarder sur la notion de sécurité que de se donner les moyens de l'assurer, ce qui, selon nous, n'est pas encore pleinement le cas.

L'organisation et les moyens

L'organisation de la santé publique en France est, on le sait, faiblement structurée et dotée. Elle est, de surcroît, dispersée.

Faiblement structurée, elle repose sur une administration centrale cloisonnée, la direction générale de la santé n'embrassant pas tout le secteur qui devrait correspondre à une approche moderne de la santé. De même, y a-t-il une mauvaise organisation (circuits budgétaires, instructions) des compétences entre directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. Cette répartition est le fruit de décisions qui, souvent, sont des décisions de circonstances. La situation ne paraît pas toujours plus enviable dans les collectivités locales (ainsi, dans beaucoup de départements, de la place de la PMI).

Faiblement dotée, l'administration sanitaire de l'Etat n'est guère en mesure de faire face correctement à toutes ses responsabilités. Ainsi, le Ministère chargé de la santé dispose-t-il d'environ 400 emplois de médecins de santé publique, dont plus de la moitié œuvrent sur les questions hospitalières (ils devraient donc, demain, travailler pour les agences de l'hospitalisation). C'est très insuffisant. Il en va de même pour les pharmaciens de santé publique (une centaine d'emplois). A titre de comparaison, Berlin dont la population est équivalente à celle des Pays-de-Loire dispose de près de trois fois plus de pharmaciens de santé publique.

L'organisation publique de la santé est enfin très dispersée. A côté de l'administration (DRASS et DDASS) figurent des agences spécialisées (ce qui est concevable s'agissant de domaines tels que le sang ou le médicament) mais aussi les observatoires régionaux de la santé, le réseau national de la santé publique, les comités d'éducation pour la santé, d'autres instances encore aux liens distendus avec les services de l'Etat, souvent plus soucieuses de leur propre développement que de leur insertion dans une politique d'ensemble... Jusqu'à l'institution de la Conférence régionale de santé par les ordonnances du 24 avril 1996, il n'existait pas de véritable instance de concertation entre les administrations sanitaires de l'Etat et celles qui ont une responsabilité dans ce domaine (départements, communes, organismes de protection sociale, etc.) hormis un comité régional de promotion de la santé, marginalisé, faute de moyens et, sans doute aussi, faute d'une réelle déconcentration.

Dans ces conditions, il nous semble que vouloir une administration de santé publique implique les décisions suivantes :

- Une conférence régionale (et des conférences locales) de santé dont les conclusions *engagent* sur des programmes communs les différents acteurs de la santé. Cet engagement devrait être consigné dans des contrats d'objectifs prévoyant les moyens apportés par chaque institution pour la réalisation des objectifs arrêtés en commun.
- L'attribution d'une dotation globale et déconcentrée de santé publique, par l'échelon central, à l'administration déconcentrée, celle-ci ayant la liberté de répartir les moyens en fonction des priorités régionales et locales de l'Etat. Cette dotation devrait être calculée de manière à permettre à l'administration locale de l'Etat de développer des enquêtes, de faire appel à des collaborations extérieures sur la base d'une expertise donnée, de gérer tout le processus participatif jusqu'aux conférences de santé.

- L'intégration au service de l'Etat (DRASS) des observatoires régionaux de la santé, des délégations du réseau national de santé publique, des réseaux de vigilance sanitaire. Cette intégration ne veut pas, en l'occurrence, signifier absorption pure et simple. Mais ou bien l'on veut une démarche cohérente et la décision ne se divise pas, ou l'on veut l'autonomie de chacun et il faut aller au bout de cette logique, notamment en ce qui concerne l'observation : la subvention de l'Etat doit, en ce cas, cesser d'être automatique pour devenir une dotation que le Préfet de région utilise librement en contractant avec l'ORS ou tout autre bureau d'études, sur les seuls critères de qualité et de cohérence de la réponse par rapport à la demande.

- La déconcentration du pouvoir d'arrêter et financer les projets du Fonds national de prévention de l'Assurance-maladie au profit du Préfet de région en concertation avec les responsables locaux de l'assurance-maladie en fonction des priorités de la conférence régionale de santé.

L'administration de l'Etat elle-même se trouve, avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation, à la croisée des chemins en matière d'organisation. D'une part, l'organisation centrale doit être décroisée et, en matière de santé publique, gagnerait probablement à se restructurer, au moins partiellement, autour de directions d'objectifs socio-sanitaires. D'autre part, les Agences de l'hospitalisation modifient sensiblement l'équilibre des fonctions au sein des DRASS et des DDASS puisqu'une fonction essentielle, prédominante, celle de la régulation du système hospitalier, sera exercée désormais sous le contrôle, sinon direct, du moins renforcé de l'Agence. Une partition des services est même, selon l'ordonnance portant réforme hospitalière, concevable. Dans ces conditions, les services de l'Etat verront leurs missions s'organiser progressivement autour de deux pôles : la santé publique (nous y incluons la lutte contre l'exclusion) et le contrôle des institutions sanitaires et sociales (contrôle des institutions, évaluation des résultats des politiques publiques). Est-ce, à la fois en termes de masse critique (nombreux départements peu peuplés) et en termes de gestion stratégique, envisageable de faire reposer l'exercice de ces missions sur l'organisation actuelle ? Il est permis de s'interroger. Faut-il développer des directions régionales s'appuyant sur des directions d'objectifs, d'une part, des directions territoriales ne coïncidant pas nécessairement avec les limites départementales, d'autre part ? La réponse appartient aux Pouvoirs publics dans le cadre de la réflexion en cours sur la réforme de l'Etat. En tout état de cause, il n'y aura pas d'administration crédible de la santé publique en France sans renforcement des moyens dans ce domaine (il est impossible, à cet égard, de faire l'impasse sur les questions de précarité sanitaire qui iront croissant, en raison de la fragilité des sociétés à fort contenu technologique et de la prise de conscience de l'opinion publique). Est-ce utopique au moment où l'Etat doit réduire ses moyens ? Nullement. Tout choix politique implique des priorités. Il ne s'agit pas, en l'occurrence, de demander plus, mais de redistribuer ce qui existe au profit du secteur de la santé publique. Tout donne à penser que, tôt ou tard, ce choix s'imposera à la collectivité.

Références bibliographiques

- 1 B. Honnoré et G. Samson, *La Démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, 1994.
B. Marrot, *L'Administration de la santé en France*, Ed. L'Harmattan, 1995.
- 2 B. Honoré, *La Santé en projet*, Interéditions, 1996.

Y A-T-IL UNE DÉFINITION SCIENTIFIQUE DE LA SANTÉ OU LE CAUCHEMAR DE L'INTERNE DE GARDE

Prologue andalou

A Almeria d'Espagne, au XV^e siècle, en pleine épidémie de peste noire, pourtant dépourvu à nos yeux de moyens pour lutter contre l'épidémie, le médecin andalou Ibn Khatima ne perd pas son assurance, il déconseille aux malades toute initiative et leur suggère de s'en rapporter aux véritables spécialistes, les médecins. Il énonce savamment les causes de la pestilence et les moyens appropriés pour s'en protéger. Suivant une tradition hippocratique, il définit la médecine moins comme un art de combattre la maladie que comme un art de préserver la santé, celle-ci elle-même définie comme équilibre dynamique des humeurs à l'intérieur du corps. Le corps est un microcosme qui interagit en permanence avec les éléments du macrocosme. La peste est due à des particules matérielles qui s'infiltrent par les pores de la peau et bouleversent un équilibre fragile. Les techniques pour la combattre sont les mêmes que celles mises en œuvre dans l'hygiène de la vie quotidienne : réglementation portant sur la diète, la promenade, l'exercice, la sexualité, assortie de propositions pour purifier l'atmosphère avec de grands feux et des parfums coûteux¹.

Avec Ibn Khatima, le pouvoir médical est en marche, car la prétention des médecins à détenir la définition de la santé et par conséquent à s'ériger en

*Anne-Marie MOULIN, Agrégée de Philosophie, est Directeur de Recherche
au CNRS - INSERM, Unité 158 - Hôpital des Enfants Malades
Pavillon Archambault - 149, rue de Sèvres - 75643 Paris Cedex 15*

guides de vie est énoncée clairement. La théorie humorale leur donne la formule qui diffuse dans la pratique populaire. L'idée d'un équilibre quantitatif et qualitatif des humeurs conduit à celle d'une régulation physiologique que la médecine se doit d'assister et le sujet de respecter. Clystères et saignées, ventouses et scarifications, massages et onctions s'intègrent ainsi dans une intervention médicale qui a trouvé son régime théorique. Le modèle en est encore largement présent dans les "médecines douces" qui coexistent aujourd'hui avec la médecine officielle².

Trois siècles avant Ibn Khatima, Avicenne en son **Canon** indiquait déjà que la médecine est non seulement l'art de lutter contre la maladie mais celui de conserver la santé, il prêchait un évangile qui ne serait pas oublié. Quand il citait les éléments qui concourent à la santé, il énumérait l'alimentation, la sexualité, l'environnement et bien d'autres facteurs pertinents, bref il dessinait dans l'espace la forme idéale que la médecine devait occuper. Après le philosophe, le médecin n'est-il pas le mieux placé pour régler le sort des hommes, ne serait-ce précisément que parce qu'il est profondément philosophe ? Inversement, le philosophe est aussi un peu médecin, comme un Descartes concevant un grand projet de transformation du monde auquel il manqua les moyens, mais non l'audace philosophique par excellence, celle des définitions.

Il en est de la médecine comme de ce pauvre génie des *Mille et une nuits* enfermé dans un vase et jeté à la mer. Le pêcheur qui passe entendant ses gémissements ouvre le vase pour le délivrer, et le génie comme une fumée envahit tout l'horizon et dicte ses ordres à son sauveur. La médicalisation de la société contemporaine a maintenant accompli les vœux d'Avicenne, d'Ibn Khatima et de Descartes. Le positivisme de la fin du XIX^e siècle, la rhétorique sans fin des révolutions médicales ont nourri une espérance folle et une confiance démesurée. Les médecins cumulent les savoirs, ils ne s'adressent plus aux seuls malades, et détiendraient dans leurs mains les secrets de la bonne santé. Leur science n'est plus conjecturale mais prescriptive, et leur art de définir tend à se mouler dans le droit positif.

De cette démesure et de cette tendance au juridique, l'Organisation mondiale de la santé a pris acte lorsqu'à sa création, elle a reconnu officiellement le droit à la santé. N'était-ce pas une mise en forme grandiose que la fameuse définition de la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social" ? L'OMS s'est efforcée en 1946 de fixer une définition parce qu'elle souhaitait ouvrir des droits nouveaux aux peuples libérés. Cette définition, volontairement large, et à laquelle Avicenne aurait souscrit, a été conçue en grande partie par des non-médecins qui voyaient dans la biologie une source de connaissances parmi d'autres et qui étaient conscients de l'insuffisance de toute définition scientifique reposant exclusivement sur des normes édictées par les physiologistes. La santé était définie comme un faisceau de circonstances où la biologie ne figurait qu'une composante. La définition était d'autre part marquée par l'influence des pays socialistes (la trajectoire des individus croisait un projet de société) et surtout par l'optimisme naturel des lendemains de cataclysmes guerriers.

Mais comment assurer les étapes de recouvrement de ces droits ? Et qui en portait-il la responsabilité ? Le silence sur ce point pouvait s'interpréter comme un geste vague en direction des médecins, devenus entretemps des professionnels de santé. Dans les années qui ont suivi, le droit à la santé a tendu à s'interpréter

comme droit aux soins médicaux. C'est ainsi que par une demi-méprise, le nouveau droit a servi la médicalisation, canalisant une formidable demande de bonheur vers les structures peut-être le moins à même de remplir une telle attente, en premier lieu les hôpitaux. C'est au nom de cette définition large de la santé devenue sens commun que les gens frappaient aux Urgences dans les années post-68 où j'ai terminé mon internat.

Le rêve de l'interne de garde

Le service d'urgences d'un hôpital de grande ville. Apparemment facile à imaginer. Pour ceux qui n'en ont pas fait l'expérience, la télévision et le cinéma se sont chargés de l'initiation. Ambulances du Samu aux klaxons sonores, civières précipitamment déposées dans le hall d'entrée, réanimation-perfusion, techniques impeccables mises en œuvre par des spécialistes. Les Urgences, lieu d'exercice d'un mode de penser singulier qui associe routine et improvisation, la mise en œuvre d'un traitement après récapitulation rapide d'un arbre décisionnel, bref un haut lieu de la science médicale.

La réalité était pourtant le plus souvent fort différente. L'urgence médicale, celle qui est prévue, balisée, répertoriée dans les livres pendant l'apprentissage des étudiants, si elle n'était pas exceptionnelle, n'était pas non plus la règle. Certes au cours d'une nuit d'urgences, dans un hôpital de dimensions moyennes, l'interne de garde pouvait être confronté à une grave hémorragie interne ou à un infarctus du myocarde, mais le plus souvent il ne s'agissait pas de cela.

Une tentative de suicide par quelques comprimés, appel à l'aide spectaculaire mais souvent sans gravité immédiate, inaugurerait souvent la nuit, puis se succédaient au fur et à mesure que les heures tournaient celui qui n'avale-pas-sa-salive depuis quarante huit heures à moins que ce ne soit une-boule-dans-la-gorge qui ne passe pas, le couple en désarroi qui cherche un interlocuteur, le travailleur au noir qui ressent tout d'un coup ses lombalgies comme intolérables, voire un mari attentif mais désemparé qui emmène à l'aube sa femme aux urgences parce qu'elle a crié en dormant pendant un cauchemar.

Cette expérience banale peut amener le médecin à une constatation vertigineuse : disposer du meilleur observatoire qui soit de la société dans son ensemble. Dans votre salle d'attente, cinquante millions d'hommes... Mais c'est pour constater, après une griserie passagère, qu'à moins de se faire tour à tour urbaniste, sexologue, homme politique et patron d'entreprise, il n'a guère de chance d'améliorer ce qui est pris pour une maladie et n'est que le mal de vivre. Sa science n'est pas adéquate à l'attente de ses patients, et il se met au lit en rêvant qu'il laisse sur sa porte un gros paquet de Valium avec cette mention : "Servez-vous et laissez-moi dormir !".

La définition du pouvoir médical

Envisager la définition scientifique de la santé revient donc d'abord à s'interroger sur les limites du pouvoir médical. Comme le dit Lazarus dans ce numéro, le savoir médical a toujours circulé hors des circuits médicaux proprement dits et alimenté les espoirs et la demande populaire. Le pouvoir médical naît spontanément de cette circulation que les médecins ne maîtrisent pas, bien qu'ils l'alimentent, et il se fonde ainsi sur un illusionnisme partagé. Mais cette illusion permet

en même temps au pouvoir médical de fonctionner et de proposer des solutions aux pouvoirs publics. Pour l'interne de garde, la nuit ressemble à un rêve les yeux ouverts.

Maintenant endormi profondément, il survole l'histoire de la profession en remontant le cours des siècles. C'est au XIX^e siècle que la position-clé longtemps convoitée par les médecins a été finalement consolidée sous l'égide de la science. A ce moment décisif, la corporation, en irrésistible ascension, a su imposer son omniscience aux différentes instances de la société. Les médecins sont apparus à la Chambre, dans les ministères, dans les usines et les compagnies d'assurances, les entreprises et les tribunaux, les écoles et les asiles. Il est peu de lieux qui aient échappé à leur ubiquitaire emprise³.

La transformation qui s'est opérée à cette époque est un peu un tour de passe-passe. Le médecin, spécialiste de la maladie, a progressivement redéfini son objet. En dirigeant sa visée non plus sur la maladie mais sur la santé, il a étendu sa juridiction à toutes les catégories de citoyens. La maladie n'était plus dès lors qu'un cas particulier dans le vaste champ où opère le médecin. Lorsque l'OMS a élaboré sa définition, elle ne confiait pas nécessairement au seul médecin la clé des destins, mais il était le seul disponible pour assumer la tâche. His-to-ri-que-ment.

Pour étayer cet accroissement considérable de ses compétences, la médecine a conclu à l'époque pastorienne une alliance définitive avec la science et le laboratoire. Avec l'ère pastorienne, on assiste à la première révolution scientifique officielle en médecine. L'identification des bactéries pathogènes, transformables à volonté en vaccins, est présentée comme les prémices d'un véritable âge d'or. La troisième République se rallie à cette religion sans danger et à cette révolution sans désordre. Pour mieux la mettre en valeur, les partisans de Pasteur affectent de considérer qu'avant lui, il n'y avait rien, rien d'autre que les ténèbres de l'ignorance. Emile Duclaux, un chimiste destiné à diriger un jour l'institut Pasteur, s'écrie : la médecine est un édifice si vermoulu qu'il tient à peine debout. Si j'étais Pasteur, je lui donnerais le premier coup de pied ! Après la fondation de l'institut Pasteur, "ces demeures sacrées auxquelles on donne le nom de laboratoires", temples de la nouvelle religion, mettent en chantier le gigantesque programme de vaccination universelle assigné par Pasteur en 1880.

Dans les années de l'après-guerre, cette alliance a pris des allures fusionnelles (par exemple avec la grande réforme hospitalo-universitaire de Robert Debré en 1959 qui consacrait le principe que tout clinicien est aussi un chercheur). C'est officiellement la science qui fournissait désormais au médecin les normes de référence, que son action soit curative ou préventive, individuelle ou collective. Rêvant sur l'outrecuidance des prétentions médicales à améliorer le sort du monde, l'interne de garde peut y discerner la résultante de deux courants, le scientisme appuyé sur l'idée de progrès illimité des sciences biologiques, et la mise en place du pouvoir médical.

Si les médecins peuvent intervenir ainsi dans les affaires humaines, c'est qu'eux seuls peuvent opiner sur la barrière imperceptible qui sépare normal et pathologique. Si nul ne leur contestait la science de la maladie, c'est le *continuum bernardien*⁴ qui leur permet d'opérer désormais des deux côtés de la barrière et d'étendre leur juridiction.

Cette extension des pouvoirs ne s'est pas faite sans contestation. Le monopole de la médecine savante est loin de s'être toujours imposé. Bien avant Pasteur, il a été contesté d'abord par ceux qui considéraient que le devoir de soigner incombait à tout un chacun et requérait une morale exigeante plus qu'un savoir spécialisé. Au XVII^e siècle, à l'époque où la génération de William Harvey reconnaissait la circulation sanguine et s'exerçait aux premières transfusions, les dissidents religieux de la Révolution anglaise faisaient valoir que tout chrétien a le devoir de soigner et que la science n'aide guère à soulager les corps et surtout les esprits. La référence à la science n'était pour eux qu'une illusion, la maladie qu'une épreuve divine.

Dans les années pastorales, la lutte anticléricale a pris un tour particulièrement âpre dans deux domaines, l'enseignement et la médecine. Plusieurs hommes d'état étaient aussi médecins et ont mené un combat sans merci contre les religieux, les plus illustres d'entre eux étant Clémenceau, Bourneville et le "petit père Combes" auquel on doit la législation de 1902. Les expulsions des religieuses des hôpitaux se sont faites au nom de l'hygiène et de la déculpabilisation des malades. Les médecins prenaient les rênes de la société. Avec le projet pastorien d'éradication des maladies infectieuses et à terme quasiment de toutes les maladies, ils héritaient d'un projet visionnaire. Eradication, comme le doute de Descartes, signifie prendre les choses par la racine. L'idée d'éradication ne va d'ailleurs pas sans violence, l'aventure des vaccinations est là pour le prouver, qui fit des morts au XIX^e siècle, quand les ligues antivaccinales s'assemblèrent à Leicester en Angleterre pour refuser la vaccine obligatoire.

Parce qu'elle était latente dans le programme médical hérité des Grecs et des Arabes, l'idée même pour un médecin de s'adresser à des hommes bien portants et d'intervenir dans la société au quotidien était apparue pourtant à beaucoup comme une aberration. Théophile de Bordeu, quelques années avant la Révolution française, envisageant l'obligation de l'inoculation de la variole (méthode qui précéda la vaccine jennérienne), bougonnait : *"Ce serait un spectacle bien singulier qu'une ville dont les habitants seraient tous sujets à des lois de médecine ; elle formerait une manière d'hôpital... rempli de devoirs et de soins superflus... très ridicule en soi et en tout une pauvre assemblée d'humains. Elle ferait la preuve de ce qu'on a proposé comme un paradoxe, savoir qu'une ville, une nation, une famille, entièrement assujetties aux règles sévères de la médecine, ne feraient que languir et seraient entièrement inhabiles aux fonctions qui sont du devoir ordinaire des hommes..."*

Cette transformation politique que Bordeu refusait en 1764 a pu se produire un siècle plus tard. Traduisant sous une forme romanesque les objections de Bordeu, le romancier Léon Daudet (le père d'Alphonse) a mis jadis en scène une utopie satirique dans son roman *Les Morticoles* où il brocarde la société "pasteurisée". Le roman se situe dans une île où les médecins sont rois et décident dans le détail du sort des citoyens ; c'est au nom de la science qu'ils exercent sur leurs sujets la plus barbare des tyrannies en se réclamant des lois sacrées de l'hygiène collective. Daudet va jusqu'à suggérer que ces machiavéliques docteurs sont les seuls à ne pas croire en leur science et à ne point appliquer ses dictats.

Certaines instances de la société ont résisté à l'époque de Daudet à l'ingérence de la corporation médicale. Les magistrats par exemple ont refusé d'être déposés de leur verdict et de voir remplacer la réponse "coupable ou non-coupable" par la mention "responsable ou non-responsable" décernée par un méde-

cin-expert. La plupart des praticiens eux-mêmes ont continué à régler leur pratique sur un idéal éclectique.

Mais quelque chose avait changé. Les espoirs fabuleux nés de la théorie des germes ont été entretenus par la raréfaction des épidémies, et le recul, au moins en Europe, du typhus, du choléra, du tétanos et de la diphtérie, plus tard de la tuberculose et de la syphilis. Ces succès ont entraîné un surdimensionnement du champ médical qui s'est étendu à la plupart des actes de la vie sociale : médicalisation de la vie quotidienne, de l'accouchement, du mariage, du service militaire. L'exercice d'un sport, la signature d'un contrat d'assurance, l'embauche dans beaucoup d'entreprises exigent désormais une signature médicale. Au retour des voyages, un check up est de bon ton, pour vérifier qu'on n'a rien "attrapé" dans un périple aventureux ou au bord de la piscine du Club'Med. Ceci, bien souvent, sous l'égide de l'Etat-providence.

La définition scientifique de la santé proposée par les médecins se joue désormais en effet sur deux registres dont on peut se demander s'ils sont en harmonie, individuel et collectif.

Prévention et santé publique

La définition de l'OMS est large à tous les sens du mot, elle articule un projet individuel et un projet collectif. Ce faisant, elle entérine le double visage de la médecine moderne : santé individuelle/santé publique et introduit une nouvelle difficulté : n'est-il jamais possible d'aligner les décisions qui portent sur une société et sur un individu ? Certes l'idée de prévention n'était pas étrangère à la médecine hippocratique. Et les pouvoirs publics ont toujours été amenés à intervenir en cas d'épidémie qui déstabilise les sociétés⁵. Forte ou faible, improvisée ou réfléchie, savante ou/et policière, la réponse à l'épidémie a toujours dépassé les stratégies individuelles. La nouveauté de la prévention collective d'aujourd'hui n'est donc ni dans la notion de prévention ni dans celle de collectif, mais dans l'union des deux. L'idée d'une prévention à long terme appliquée à un Etat a visité les gouvernants de l'époque des Lumières lorsqu'ils ont découvert l'origine démographique de la richesse d'une nation. Le projet d'inoculation généralisée de la variole en a illustré la nouveauté avant la Révolution française.

Héritier d'une longue interrogation sur la transmission du mal, le médecin a conscience aujourd'hui de la double dimension de son art, individuelle et collective. Quelle que soit sa spécialité, sa pratique a un double versant, il soigne des individus, il œuvre sur les chantiers de la santé publique. Cependant, il y a nécessairement un écart entre sa représentation de la santé collective, distribution générale d'un quantum malaisément définissable et la dynamique de vie de ses patients. Le dogme de l'individualité du patient n'est pas seulement le dernier rempart de la médecine libérale, il est aussi reconnaissance de l'obstacle majeur à une définition générale.

Entre les injonctions de la santé publique et le conseil personnalisé, s'établit une inévitable distance. Ainsi par exemple, les vaccinations individuelles représentent couramment le prototype des mesures destinées à assurer la santé publique. Il y a quelque temps, au cours d'une réunion officielle, un haut fonctionnaire rappelant la nécessité de revacciner les adultes (illustrée par les cas de diphtérie dans les pays de l'Est) étendait son propos avec véhémence à la vaccination du troisième âge, pour qui il recommandait instamment les vaccins contre

hépatite et typhoïde qu'il jugeait particulièrement utile en cas de voyage aventureux. Les praticiens présents dans la salle opinait sur le bien-fondé de la vaccination collective, mais faisaient des réserves sur l'opportunité de soumettre uniformément leurs vieillards à une prévention de choc. Entre la nécessité de protéger les escapades de ces derniers et celle d'éviter un remue-ménage immunitaire, ils retrouvaient toutes les incertitudes de la médecine autrefois formulées comme la question de l'idiosyncrasie individuelle.

Le consensus qui s'exprime aujourd'hui sur nombre de questions thérapeutiques n'est jamais que le résultat de pénibles négociations. N'oublions pas qu'au siècle dernier, le genre littéraire le plus prisé à l'Académie de médecine, fondée en 1820 comme gardienne du savoir, était la controverse. Genre littéraire reconnu, celle-ci consistait à opposer, au sein de l'illustre assemblée, des points de vue scientifiques sur une question débattue (thérapeutique, épidémiologique...) en exaltant les différences et en se préoccupant assez peu de trouver une voie d'accord.

Pour des raisons scientifiques qui tiennent dans le dogme de l'individualité biologique⁶, et des raisons non scientifiques qui qualifient en d'autres termes la variabilité humaine, la définition scientifique de la santé finalement se dérobe, et l'interne se réveille dans l'angoisse.

Le réveil en 1995

Malgré ces nombreuses restrictions et ces incomplétudes, si les malades viennent aujourd'hui demander à leurs médecins la restitution de la santé, cette créance est peut-être une séquelle historique qui reflète moins l'étendue du pouvoir médical que les limites de son empire passé. Médecin et malade seraient-ils les victimes d'une commune illusion, à savoir qu'ils peuvent résoudre ensemble un drame qui se joue ailleurs ?

Dans sa solennelle déclaration, en revendiquant le droit à la santé comme droit imprescriptible des hommes, l'OMS n'indiquait pas qui se chargerait d'en donner la définition et la charte d'application. Faute d'une autre philosophie disponible, droit à la santé a donc été traduit comme droit à la consultation ou à la visite, aux examens biologiques ou aux techniques d'imagerie, de l'échographie au scanner, aux interventions réparatrices. Mais peut-on confondre les procédures médicales d'investigation et la définition complète de la santé ? Ne devrait-on pas distinguer soigneusement les moyens et les fins ?

Dans notre pays, l'exercice de la Sécurité sociale fait un peu oublier que si la santé individuelle est un élément de la santé publique, la partie n'est pas réductible au tout. Si la santé publique est appréciable selon des paramètres fournis par les épidémiologistes comme la prévalence des maladies, la mortalité maternelle et infantile, tous termes qui facilitent la comparaison des pays entre eux et le bilan des dépenses ("l'état de santé"), la santé des personnes n'est pas évaluable avec les mêmes techniques.

On observe aujourd'hui en France ce paradoxe qu'un demandeur d'asile ou même un émigré clandestin, peuvent (il est vrai au prix de quelque effort, en s'appuyant sur lois et circulaires) espérer des soins médicaux de qualité honorable, alors qu'ils ne possèdent ni un travail ni un toit. Pourquoi la santé, parmi les autres droits des hommes, se définirait-elle par ses seules composantes qui sont du ressort des médecins ?⁷ N'y a-t-il pas un cercle vicieux à définir la santé

comme centrée sur les pratiques médicales, lors même qu'il est admis que celles-ci s'adressent à des non-malades ? Ne doit-on pas raisonner séparément sur santé publique, en grande partie située dans la sphère du politique et soumise à ses choix, et santé des citoyens ? La santé est-elle définissable comme un bien extrinsèque, dont une profession serait juge ? Ou n'appartient-elle pas nécessairement, en dernier ressort, à la sphère du sujet autonome créateur de ses propres valeurs ?

La santé n'a pas d'essence définissable, elle n'est saisie qu'en opposition ou mieux en liaison étroite avec la maladie et la mort qui la rehaussent. Elle éclate dans la guérison et plus encore la convalescence. La santé est à la fois plus et moins que le silence des organes, qui la définissait selon le chirurgien de la douleur René Leriche⁸. Elle n'est pas un état mais un vouloir-être, objet de désir et de nostalgie, qui transcende les normes affichées des physiologistes et des pathologistes. "C'est dans le bruit de la souffrance que la santé surgit comme le terme d'une régression impossible autant que recherchée."⁹

Il n'y pas de définition scientifique de la santé, parce qu'une ontologie de la santé est impossible. La santé est une valeur éprouvée dans l'expérience. La mainmise du corps médical sur la définition de la santé en dit long sur l'irréductibilité de la médecine à la science, source de bien des équivoques. Encore Georges Canguilhem : "C'est le point de vue du malade qui est au fond le vrai"¹⁰.

Si la définition de la santé relève en dernière analyse d'un sujet autonome, elle ne peut être authentifiée que par l'individu lui-même en fonction de sa philosophie ou, ce qui revient au même, de sa culture. La médecine a-t-elle le droit de définir la santé comme autre chose que l'état de non-maladie, celui où par conséquent elle cesse d'intervenir, préservant ainsi un espace de liberté et de jouissance où l'individu retrouve son autonomie et détermine par lui-même ses raisons de vivre ?

La médecine aujourd'hui flotte dans un programme trop grand pour elle et dans des contradictions qui résultent de l'histoire de ces cent dernières années. Elle avait entrepris de moraliser et d'hygiéniser la société au nom d'un programme dont elle a du mal à assumer jusqu'au bout la logique. Même un épistémologue aussi avisé que Georges Canguilhem, observant l'évolution cyclique des doctrines médicales, avait jadis salué la microbiologie pastoriennne comme "la fin des théories médicales". Or l'utopie pastoriennne a fait long feu. L'épidémie de sida, entre autres conséquences, a remis en question un certain optimisme. Nous abordons peut-être aujourd'hui une nouvelle ère, l'ère post-pastoriennne, encore à inventer.

Observons les étapes, brièvement rappelées ici, de la définition de la santé : une définition cosmique, celle de l'harmonie corporelle ; celle, physiologique, du silence des organes ; une définition large comme celle de l'OMS. Ces définitions, prétendues ou non scientifiques, se caractérisent par leur caractère global et ne se substituent pas à l'énoncé de normes précises, mais inversement aucune norme ne saurait se substituer à la définition globale. Ni la vigilance des observateurs de santé publique, ni la puissance de l'imagerie ne peuvent assurer un constat de santé. Une amie angoissée pensait un jour tout haut, "je voudrais subir un scanner total qui m'assure que je n'ai rien". La santé ne peut jamais se définir comme "ne rien avoir", nous touchons ici à la limite du savoir médical, la santé est éminemment un bien positif ou mieux dialectique, elle exige une adhésion.

Comme le disait Georges Canguilhem, c'est la vie qui affirme son pouvoir de normativité et non des normes déterminées, et en écrivant ces mots, il portait témoignage pour une philosophie et non une science de la vie. Aussi pour être complète, la discussion sur la définition de la santé devrait cerner au passage les notions de déficience, de handicap, d'anomalie, de monstruosité. La santé est le fruit d'une histoire individuelle, d'un "équilibre racheté sur des ruptures inchoatives", son rapport avec la normalité, avec la souffrance ne saurait se réduire à un modèle.

Dans beaucoup de dialogues platoniciens, il est question de la santé. Comme toujours, Socrate convoque l'expert pour lui demander sa définition, celle-ci sert de point de départ à un long parcours où elle se révèle à la fois indispensable et insuffisante. Telle est la définition scientifique de la santé, indispensable prolégomène mais qui doit pour devenir opératoire être ajustée, retravaillée, interprétée.

La médecine contemporaine subit les effets d'un paradoxe. Jamais les techniques mises en œuvre n'ont été aussi puissantes. L'imagerie du vivant a pu disqualifier la dissection, devenue inutile. L'autopsie, dont le rôle heuristique a été si important dans l'histoire des connaissances, est quasiment oubliée. Les médecins disputent les performances aux chirurgiens. Le malade rentre chez lui le soir de l'opération, bientôt il assistera les yeux ouverts à l'intervention sur un organe vital. Et cependant la corporation médicale est engagée dans une crise de confiance majeure, amplifiée par la crise économique. On lui demande de rééquilibrer un budget que son laxisme aurait déséquilibré et son libéralisme alimenté. La profession se crispe sur un pouvoir qui semble lui échapper, au moment où il lui semble enfin scientifiquement justifié. Une dimension particulière de cette crise est liée à l'essor de la génétique et à la recherche implicite d'un canon de l'individu idéal.

L'omniprésence du droit à la santé, droit naturel venu tard à l'existence, généreuse entreprise, fait écran à une vraie interrogation sur la santé. Le caractère universel et abstrait des "droits de l'homme", et leur atomisation, font obstacle à leur appréhension. L'inégalité des hommes en deçà de la législation, en matière de santé comme en d'autres domaines, dénonce le caractère idéologique d'un pareil droit. Pour mettre en œuvre un droit à la santé, il faut partir de cette inégalité réelle et s'interroger sur une demande inégale¹¹.

Lorsque l'interne de garde se réveille de son rêve historique, la santé ne lui apparaît finalement susceptible d'une définition scientifique qu'en raison d'un certain nombre de coups de force intellectuels qui ont fait apparaître le corps médical comme le dépositaire d'une science totale. La définition de la santé reste en dernière analyse philosophique, parce que la santé est une valeur, même si elle peut s'exprimer comme un droit que la société doit protéger. Ou plus précisément parce que la santé est un droit, la médecine moderne dite scientifique n'en saurait énoncer que certaines conditions.

Notes

- 1 M. Dols, *The Black Death in the Middle East*, Princeton University Press, 1975.
- 2 F. Zimmerman, *Les médecines douces*, Seuil, Paris 1995.
- 3 Voir par exemple C.E. Rosenberg, Catechisms of health : the body in the prebellum classroom, *Bulletin of the History of Medicine*, 1995, 69, pp 175-197.
- 4 *La nécessité de Claude Bernard*, J. Michel éd., Klincksieck, Paris 1991.
- 5 V. Marange, Bêtes de promesses, bêtes de mensonges ? Punition et prévention, *Agora*, 1994, 55, pp 55-64.
- 6 A.-M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine, Histoire de l'immunologie, de Pasteur au Sida*, Presses universitaires de France, Paris 1991, ch. 6.
- 7 A.-M. Moulin, AIDS and the History of the Right to Health, *AIDS, Health and Human Rights*, Fondation Marcel Mérieux, Les Pensières, 1993, pp 67-73.
- 8 R. Leriche, Introduction générale : de la santé à la maladie : la douleur dans les maladies : où va la médecine ? *Encyclopédie française*, tome VI, 1936.
- 9 G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, cité par P. Macherey, *Georges Canguilhem, philosophe, historien des sciences*, Albin Michel, Paris 1992, p. 292.
- 10 *Le normal et le pathologique*, Presses universitaires de France, Paris, édition de 1988, p. 180.
- 11 P. Aïach, La société au miroir des inégalités de santé, *Prévenir*, 1995, 28, pp 29-35.

L'ÉGALITÉ DEVANT LA SANTÉ

DANS UN MONDE D'INÉGALITÉS

UN DÉFI

La preuve a été faite que le riche vit plus longtemps et en meilleure santé que le pauvre, et ceci quel que soit le lieu ou l'époque. Au niveau international, le poids des maladies, des handicaps et des décès prématurés, pèse de façon totalement disproportionnée sur les régions pauvres du monde : Afrique sub-saharienne, Inde, Asie et Amérique Latine. En 1990, le taux de mortalité juvénile (1 à 5 ans) atteignait 175 pour 1.000 naissances vivantes en Afrique sub-saharienne alors qu'il était de 11 pour 1.000 dans les pays industrialisés ; dans la même année, l'espérance de vie à la naissance n'y dépassait pas 52 ans en moyenne comparés aux 76 ans des pays industrialisés. De plus, les ressources disponibles pour la protection de la santé sont presque inversement proportionnelles à la fréquence des problèmes de santé. Par exemple, la *Fondation Global Aids Policy Coalition* estime que 92 % des dépenses de prévention de l'infection à virus du sida et des soins aux malades et aux personnes infectées se retrouvent dans les pays industrialisés alors que 92 % des individus infectés par le virus du sida et des malades du sida vivent dans des pays en voie de développement.

La réalité d'une santé inégale dans un monde inégalitaire nous entoure, au sens littéral du terme. La santé publique est née de cette réalité. La santé publique s'est battue vaillamment contre ces inégalités en attirant l'attention de ceux qui ont le pouvoir social, économique et politique, sur les graves problèmes de santé endurés par les populations pauvres et déshéritées.

Jonathan MANN est Directeur du Centre François-Xavier Bagnoud pour la Santé et les Droits de l'Homme et Professeur d'Epidémiologie et de Santé Internationale à l'École de Santé Publique d'Harvard, Boston, Massachusetts, Etats-Unis.

La traduction de ce texte a été assurée par Odile DELESTRE et Pierre ARWIDSON.

Récemment, de façon totalement inattendue, une maladie infectieuse épidémique est apparue, provoquant dans son sillage de profonds bouleversements dans la manière de concevoir la santé, offrant un nouveau point de vue et des possibilités d'action inexplorées, ouvrant enfin la voie d'un progrès vers l'égalité devant la santé dans un monde réel. Cette épidémie, c'est bien entendu le sida. Ce nouveau point de vue intègre le lien unique et inextricable entre droits de l'homme et santé, avec des implications pour la santé qui vont bien au-delà du cas d'une épidémie ou d'une maladie particulière.

Si l'on veut comprendre ce lien entre santé et droits de l'homme et ses implications pour l'égalité devant la santé, il est nécessaire de revenir sur la question fondamentale des déterminants de la santé. Les définitions sont importantes : la manière de définir un problème détermine en effet, en grande partie, la façon dont on va le traiter.

La plupart des gens connaissent bien la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Cependant, par souci de clarté, il nous faut bien reconnaître qu'en médecine, en santé publique et dans les débats sur la santé, les maladies sont définies en termes biomédicaux. En ce sens, nous avons de grandes difficultés à mesurer ce qui pourrait constituer un bien-être physique, sans même parler du bien-être mental ou social.

En 1988, l'Institut de Médecine (USA) a défini la santé publique comme étant l'effort "pour assurer aux gens des conditions de vie favorables à leur santé". Ceci attire alors notre attention sur la nature même de ces conditions. De quoi les gens ont-ils besoin pour atteindre le plus haut niveau possible de bien-être physique, mental et social ?

La plupart des gens répondent spontanément que les soins médicaux sont l'élément essentiel. Néanmoins, la Banque Mondiale estime qu'un dixième à un quart des problèmes liés aux maladies pourrait être évité si l'on disposait des services médicaux de base. Aux Etats-Unis, on estime qu'un sixième des années supplémentaires d'espérance de vie gagnées pendant ce siècle, l'ont été grâce aux soins médicaux. Ainsi, bien qu'importants, les soins médicaux ne sont, à l'évidence, qu'un déterminant mineur de la santé.

La place de la génétique est particulièrement difficile à évaluer, surtout pour les maladies et les décès qui frappent les adultes. Nous en saurons probablement plus, au fur et à mesure que les recherches sur le génome avanceront. Les estimations courantes ne sont souvent que des spéculations. Une étude gouvernementale américaine a estimé à 10 % le nombre des décès prématurés évitables des adultes qui seraient liés au patrimoine génétique.

La plupart des étudiants en santé publique identifieront le statut socio-économique comme étant le déterminant essentiel de la santé. Des preuves impressionnantes sont là pour soutenir ce point de vue. Elles sont résumées dans le gradient continu de la durée et de la qualité de vie suivant le niveau socio-économique, établi par la qualification, les revenus, et le type d'emploi occupé. Par exemple, au Royaume-Uni, où les meilleures études ont été menées, le taux de mortalité par tranche d'âge était deux fois et demie plus élevé dans les couches sociales pauvres que dans les couches sociales aisées. De la même façon, on a observé, chez les fonctionnaires britanniques, un taux de mortalité masculine, dans la tranche d'âge 40-64 ans, 3,5 fois supérieur à la base de la hiérarchie par rapport à son sommet.

Néanmoins, l'explication socio-économique de l'état de santé a de sérieuses limites. Tout d'abord le gradient est continu, ce qui pose une question intéressante. En effet, nous pouvons imaginer une série d'explications à la mauvaise santé des personnes vraiment démunies (manque de nourriture, d'abri et de soins médicaux). En revanche, pourquoi ceux qui vivent de façon tout à fait confortable souffriraient-ils plus que ceux appartenant aux niveaux socio-économiques les plus élevés ? Aussi, dans l'étude britannique, les fonctionnaires, même issus des catégories les plus basses, ne vivent certainement pas dans la pauvreté, ce qui n'empêche pas au gradient de santé d'être à forte pente.

Une deuxième question intrigante vient de la persistance avec le temps du gradient socio-économique dans la santé. Au Royaume-Uni, l'écart de taux de mortalité entre les couches sociales les plus basses et les plus élevées était de 1,6 en 1911 et de 2,5 en 1981. Le gradient persiste, et ceci, malgré les énormes changements dans les principales causes de décès, les maladies chroniques remplaçant les maladies infectieuses (et cela malgré la création du National Health Service généralisant l'accès aux soins).

Le troisième problème avec l'explication socio-économique des inégalités de santé est le nombre croissant d'observations contradictoires. Par exemple, dans l'ancienne Allemagne de l'Est, on a observé une énorme augmentation de la mortalité (associée à une baisse de la fertilité) alors que le revenu moyen par foyer a doublé récemment ; le taux de mortalité masculine chez les 25-44 ans a fait un bond vertigineux de 30 % entre 1989 et 1991. Une étude sur le taux supérieur de mortalité des Américains d'origine africaine comparée à celle des Américains blancs a montré qu'environ un tiers du différentiel de décès pouvait être attribué au statut socio-économique, qu'un autre tiers pouvait être attribué aux comportements à risque connus, le dernier tiers n'ayant pas de cause déterminée. L'état de santé des immigrants mexicains de Los Angeles baisse en même temps que leurs revenus et leur niveau d'éducation s'accroissent. Au Canada, l'espérance de vie des hommes et des femmes mariés est fortement supérieure à celle des célibataires.

Un nombre croissant de recherches sur l'état de santé proposent au moins trois nouvelles façons d'analyser le problème. Le niveau du lien social, mesuré par le nombre de contacts sociaux, a été relié au risque de mortalité et à la survie après un événement de santé grave comme un infarctus du myocarde. Le niveau de contrôle que chacun exerce sur son environnement, reflété par sa position dans l'échelle sociale ou l'autonomie dans l'exercice de sa profession a également été associé à l'état de santé. Enfin, l'impact de l'enfance et des événements précoces de la vie sur l'état de santé apparaît plus clairement, au fur et à mesure que les suivis de cohortes sur de nombreuses années arrivent à terme.

Bien que la recherche autour des déterminants de la santé se poursuive, il est néanmoins évident que l'approche socio-économique pose problème et est inadéquate. De plus, rappelant que l'énoncé d'un problème détermine souvent la façon dont on le traite, l'analyse socio-économique mène paradoxalement alors à l'inaction et à la paralysie. Une fois que le professionnel de santé a identifié la pauvreté et le bas niveau socio-économique comme étant le déterminant crucial de la santé, quelles mesures concrètes et pratiques peut-il prendre ? Les professionnels de la santé perdent tout moyen d'agir face à un problème tel que celui de la pauvreté, problème qui nous accablent tous. Ces mêmes professionnels de la santé, qui reconnaissent volontiers que les "facteurs sociaux" sont les déterminants les plus importants de la santé, ne travaillent pourtant pas concrètement ou directement sur ces problèmes.

L'exemple du sida

Après avoir reconnu notre insuffisante connaissance de la véritable nature des déterminants sociétaux de la santé, examinons la pandémie de sida. En effet, le sida illustre le paradigme actuel de la santé publique, avec ses incontournables limites, et offre une nouvelle approche, fondée sur une analyse différente de la nature sociétale des inégalités de santé.

Après la découverte du virus en 1981, l'analyse épidémiologique ayant conduit à l'identification des comportements à risque de transmission du virus du sida, la prévention a été ensuite envisagée comme étant liée à un problème de comportement individuel et à des stratégies pour sa modification. La santé publique a une grande expérience dans la promotion de comportements moins risqués ou plus sains. On a donc ressorti les approches et les outils du passé, pour les appliquer au nouveau problème. L'Organisation mondiale de la santé a mis au point une Stratégie Globale de lutte contre le sida, à adapter aux sensibilités culturelles de chaque pays du monde. Pour la prévention du sida, un modèle en trois axes a été proposé, deux d'entre eux issus de pratiques classiques en santé publique, et un axe hautement innovant.

Les deux premiers axes de ce plan étaient l'information/éducation et la création de services sociaux et sanitaires. Ils étaient issus de l'approche habituelle de "réduction des risques" dans laquelle l'objectif est d'informer les gens, de leur recommander des changements de comportements et de fournir ensuite les services destinés à encourager ces changements – distribution de préservatifs, traitement de la toxicomanie, test de dépistage du virus du sida et conseil de prévention.

Le troisième axe, partie novatrice de ce plan de prévention, mettait l'accent sur la nécessité de combattre la discrimination à l'égard des personnes porteuses du virus du sida et des malades du sida. En effet, lorsque les gens porteurs du virus du sida ou supposés l'être sont licenciés de leur travail, exclus de l'école, des soins médicaux, emprisonnés ou battus ou encore harcelés physiquement, la crainte de ce genre de traitement devient alors un frein majeur à toute participation à un programme de prévention du sida. La discrimination apparaît donc ainsi comme une conséquence tragique et contre-productive de la pandémie. La discrimination à l'égard des personnes infectées et des malades a été perçue comme un véritable danger pour la santé publique et pour la santé de tous. En conséquence, pour la première fois dans l'histoire, la prévention de la discrimination à l'égard des personnes infectées est devenue partie intégrante de la stratégie de contrôle de l'épidémie d'une maladie infectieuse.

Ayant défini le sida essentiellement comme un problème de comportement individuel, la première Stratégie Globale de lutte contre le sida a essayé d'offrir au plus grand nombre possible de personnes des services de santé publique pour les aider et pour empêcher la discrimination de ceux qui étaient infectés.

Quand elle a été appliquée et adaptée avec précaution, cette approche a connu des succès équivalents – sinon meilleurs – aux programmes similaires destinés à lutter contre d'autres problèmes de santé par un changement de comportement. Mais les leçons apprises des projets pilotes n'ont pas été appliquées de façon systématique et à grande échelle. Et, depuis 1990, l'implication politique et sociale dans le problème du sida a stagné voire même diminué dans de nombreux pays, et ceci malgré une épidémie mondiale qui gagne du terrain et s'intensifie.

Il est devenu clair que, continuer simplement la première Stratégie Globale de lutte contre le sida, et les efforts s'y rapportant, ne suffira pas à contrôler la pandémie.

Heureusement, deux séries d'observations ont apporté un éclairage nouveau sur la nature de la pandémie et sur les limites de la stratégie de lutte en place. Tout d'abord, une méta-analyse de l'évolution de la dynamique épidémique du sida dans les différents pays du monde a révélé un aspect jusque-là inconnu de cette pandémie. Le virus du sida peut entrer dans une communauté ou un pays de nombreuses façons différentes. Dans chaque pays, l'histoire initiale de l'épidémie est définie par l'endroit et les personnes que le virus touche en premier. Ainsi, aux Etats-Unis et en France, les homosexuels blancs semblent avoir été les premiers touchés ; au Brésil, les premiers cas ont été décelés dans la "jet set" de Rio et de Sao Paolo ; en Ethiopie, c'est l'élite du pays qui a été touchée en premier. Cependant, avec le développement de l'épidémie s'est créé un véritable courant de contagion qui, bien que différent dans le détail pour chaque société, a néanmoins un trait commun tout à fait capital. Dans chaque société, ceux qui, avant l'arrivée du sida, étaient marginalisés, stigmatisés et souffraient de discrimination sont ceux que l'infection par le virus du sida menace aujourd'hui le plus. Quels que soient le lieu et les personnes par lesquels l'épidémie débute dans une communauté ou un pays, les exclus finissent, progressivement mais inexorablement, par payer le plus fort tribut à l'épidémie.

La seconde observation concernant la prévention du sida vient d'une analyse minutieuse des limites et des échecs des programmes de prévention. En guise d'exemple, prenons le cas des femmes mariées. Etre une femme mariée et monogame n'est pas une garantie contre l'infection par le virus du sida. En fait, dans certains pays, cela est plutôt considéré comme un réel facteur de risque ! Pour comprendre cela, il faut examiner la réalité quotidienne des femmes. Par exemple, on recommande aux femmes (et aux hommes) de réduire le nombre de leurs partenaires sexuels. Pourtant, nombreux sont ceux qui ont montré que cette recommandation n'est pas suivie et ce pour au moins trois raisons. D'une part, le risque des femmes est lié aux habitudes sexuelles de leur partenaire. D'autre part, avoir plusieurs partenaires est parfois une question de survie en particulier si l'on considère que, dans le monde, les femmes ont la charge d'environ un quart voire un tiers des foyers. Dans ce cas, les relations sexuelles peuvent être parfois l'unique moyen d'accès aux ressources, pour l'école, l'argent, le travail. Enfin, les femmes ont généralement peu de contrôle sur leurs relations sexuelles ; dans le mariage, la menace permanente de violences physiques ou de divorce (sans aucun recours légal ni droits au patrimoine) peut rendre la femme totalement soumise, même si elle est informée des risques de contracter le sida, même si elle dispose de préservatifs et même si elle sait que son mari est infecté par le virus.

En conséquence, le véritable problème de l'infection par le virus du sida concernant les femmes ne se règlera pas à coup de posters, de campagnes d'information ou de distribution de préservatifs. Le problème essentiel n'est pas technologique ou virologique : il réside dans leur statut d'infériorité. Tant que les droits des femmes et leur dignité ne seront pas respectés, les sociétés engendreront et accroîtront leur vulnérabilité à l'épidémie du sida.

Ceci est une des expériences qui nous a montré, non pas en théorie mais en pratique, la dimension sociale de la prévention et des soins en matière de sida, dimension qui n'existait pas dans la première Stratégie Globale de lutte contre la maladie. Car la limite inévitable et inhérente à la façon habituelle d'aborder le

sida était de se concentrer sur l'individu et sur la réduction du risque sans s'attaquer – ou même sans savoir le faire – aux problèmes sociétaux qui caractérisent la vulnérabilité au sida. La stratégie actuelle, profondément enracinée dans la tradition de la santé publique, essaie principalement de compenser la vulnérabilité et les lacunes créées par la société en fournissant du matériel éducatif, des dispensaires et autres services. Mais elle ne le peut pas.

Le lien entre la société – comment les gens sont traités dans la société – et le risque d'infection par le sida ou de soins inadéquats de la maladie sida est une réalité que nous connaissons depuis déjà un certain temps mais qu'il est bien difficile d'évoquer pour au moins trois raisons. Tout d'abord, nous manquons d'un cadre conceptuel cohérent pour analyser la société ; ensuite, nous n'avions pas de vocabulaire commun pour comparer les situations de populations différentes ; enfin, il n'existait pas de consensus sur la manière de conduire le changement sociétal nécessaire.

Le concept des droits de l'homme

Et pourtant, nous disposons d'un véritable langage commun pour décrire la vulnérabilité, l'impact et la signification sociale du développement de l'épidémie, pour parler de la marginalisation, de la stigmatisation et de la discrimination : le langage moderne des droits de l'homme. Néanmoins, si l'on veut comprendre en quoi la vulnérabilité à une maladie infectieuse est liée – et créée par – le niveau de respect des droits de l'homme et de la dignité humaine, il nous faut, nous experts en maladies et en traitements, comprendre cet autre langage qu'est celui des droits de l'homme. Ce langage a acquis une réelle force et une réelle place à travers le monde, de façon totalement indépendante de nous et de nos travaux. Au fond, les droits de l'homme, c'est un ensemble de convictions sur l'Homme et sur ce qui est nécessaire – à un niveau sociétal – pour promouvoir et favoriser son bien-être.

A quoi ressemblerait une nouvelle stratégie globale de lutte contre le sida qui aurait pour fondement le concept des droits de l'homme ? Elle nécessiterait, en plus de poursuivre et de renforcer notre approche actuelle, d'identifier et de traiter les violations des droits de l'homme et de la dignité, qui créent la vulnérabilité à être infecté par le virus du sida. Nous devons déterminer les droits qui posent un problème et ensuite agir pour le respect de ces droits. Il faudra "penser globalement et agir localement". Parmi les cas de violation systématique des droits de l'homme qui entravent la prévention du sida, on retrouve : la discrimination à l'égard des femmes, des homosexuels et des homosexuelles, les problèmes des sourds et malentendants, des minorités et de la jeunesse. On trouve également la violation du droit à l'information sur le sida, sur une sexualité à moindre risque y compris l'usage de préservatifs, les difficultés d'accès à l'éducation, aux soins, ainsi que la violation du droit d'association faite par exemple pour les usagers de drogue et les prostitué(e)s.

En s'aidant d'une analyse guidée par les droits de l'homme, on peut démanteler le vaste problème de la vulnérabilité au sida en plusieurs composantes, facilitant ainsi l'action. Par exemple, la discrimination à l'égard des femmes – leur statut d'infériorité et d'inégalité – est un point fondamental des droits de l'homme qui augmente leur vulnérabilité à l'infection par le virus du sida. Que peut-on faire concrètement ? Favoriser leur accès à l'éducation est un des moyens bien connus d'améliorer la condition des femmes (même la Banque Mondiale le

reconnaît !). Ici, deux droits vitaux sont en cause : le droit à l'éducation et le droit à la non-discrimination. L'étape suivante est une action au niveau de chaque communauté – afin de définir les étapes, spécifiques à cette communauté, nécessaires pour rendre l'école plus accessible aux filles. Chaque communauté sait comment y parvenir, une fois qu'elle l'a décidé. Exprimer le problème en terme de droits de l'homme est important. Il y a une différence fondamentale, sociale, légale et personnelle, entre dire : *“J'aimerais beaucoup aller à l'école”* ou *“si vous êtes d'accord, j'aimerais bien aller à l'école”* à comparer avec *“je suis un être humain - L'éducation est mon droit - J'ai ce droit !”*.

Si pour une raison ou pour une autre cette approche-là – augmenter la scolarisation des filles – n'est peut-être pas aujourd'hui la meilleure voie, on peut néanmoins agir sur le droit à l'information ou le droit à l'égalité devant la loi ou encore, dans le cas des femmes ougandaises, sur l'égalité des droits après le divorce. Dans le cas de la prévention et des soins, il est clair que les sociétés dominées par les hommes représentent une menace pour la santé publique. Quel que soit l'aspect des droits des femmes que l'on choisit d'améliorer, cela contribue à une solide amélioration du statut des femmes en général et de leur santé.

Cela nous permet de définir plus clairement les fondements de cette nouvelle politique de santé publique et de montrer en quoi elle se distingue de l'ancienne. La santé publique traditionnelle a toujours considéré les maladies comme des événements dynamiques se produisant au sein d'une société statique ou figée. Cette idée d'invasion des sociétés par les maladies a amené la santé publique traditionnelle à présenter le problème de la façon suivante : le sida est arrivé dans notre communauté/dans notre pays, que peut-on faire au sein du système social existant ? Or, cette façon de penser conduit inévitablement à mettre l'accent sur le comportement individuel et, dans ce cas, les responsables seront critiqués pour leur manque de discernement, leur inaction ou le peu d'importance donné au sida ou à n'importe quel autre problème de santé publique.

En revanche, le nouveau modèle de santé publique considère que la maladie et la société sont inextricablement liés, de telle sorte que la société fait partie intégrante de la maladie et que la maladie est directement liée aux problèmes de société. Les deux sont en mouvement, et s'attaquer à la maladie nécessitera une action sociétale. L'impact d'une action de santé publique sera, par nature, limité et inadéquat, si n'existe aucune implication dans la modification des conditions sociétales qui entravent la santé et prédisposent aux maladies accessibles à la prévention, au handicap et à un décès prématuré. Le respect des droits de l'homme est une condition sociétale préalable pour atteindre la santé – définie comme étant un bien-être physique, mental et social. Les droits de l'homme servent aussi de guide et montrent la direction de la transformation sociétale nécessaire. Le respect des droits de l'homme et de sa dignité sont les conditions sociétales préalables à la santé.

Sommes-nous prêts et capables d'aller plus loin dans cette voie difficile ?

En réfléchissant un instant, une approche de la prévention et du contrôle du sida fondée sur les droits de l'homme sera difficile et ce pour plusieurs raisons. D'une part, parce qu'en santé publique, nous raisonnons en termes biomédicaux, et que nous avons l'habitude que nos recommandations d'expert soient respec-

tées, même si elles ne sont pas appliquées. Mais si le problème est désormais formulé en termes de droits de l'homme et de dignité, il nous faut alors travailler au même niveau que tous ces groupes d'individus qui mettent leur énergie à faire progresser les droits de l'homme et la dignité dans chaque société. Le langage des droits de l'homme est ouvert à tous et s'il est vrai que notre contribution est spécifique, il est tout aussi clair que le fait de penser "droits de l'homme" nous enlèvera toute sorte d'exclusivité ou de sentiment de "propriété" à l'égard de ce problème. D'autre part, il se pourrait que les sociétés en général et les gouvernements en particulier s'opposent à notre approche, préférant traiter les manifestations apparentes d'une maladie, le handicap et la mortalité précoce plutôt que d'en rechercher les causes profondes. Ces sociétés pourraient se sentir menacées par notre analyse et par nos propositions pour faire progresser les droits de l'homme et la dignité, point essentiel de notre stratégie de prévention du sida et des soins aux personnes infectées.

Notre réponse à ces enjeux est inscrite dans l'évolution des mouvements de défense des droits de l'homme et par ce qu'ils attendront de nous. En tant que professionnels de santé, nous avons le devoir d'amener et de forcer nos sociétés à prendre leurs responsabilités en matière de promotion et de protection de droits de l'homme et de la dignité. Nous devons aussi nous donner les moyens de l'action car personne ne le fera à notre place. Nous pourrions ainsi contribuer de manière spécifique et importante à la compréhension par la société de la nécessité de la solidarité. Si la santé des uns influence celle des autres – au sein d'une communauté ou d'un continent à l'autre – le non respect des droits des uns est une menace pour nous – et pour nos propres droits.

Ces tâches ne sont pas simples. Mais elles redonnent un sens à l'objectif, ce qui a désespérément manqué à la santé publique traditionnelle, et aux efforts entrepris ces dernières années contre le sida. Le lien avec les droits de l'homme offre à la santé publique l'occasion d'une renaissance. En effet, elle a perdu, d'une certaine manière, la boussole. En accroissant énormément ses capacités de mesure, la santé publique a peut-être perdu le sens des raisons pour lesquelles elle mesurait, et avec quels objectifs. Pour l'exprimer dans le jargon de la profession, nous passons trop de temps à réfléchir sur la valeur du *p*, et pas assez de temps à réfléchir sur les valeurs en elles-mêmes. En faisant l'alliance de notre savoir-faire, de nos connaissances et d'une pensée inspirée des droits de l'homme, nous pourrions nous attaquer aux causes, à leurs racines, et donc à l'expression pathologique de ces causes, telles que maladies, handicaps et morts prématurées. Ceci pourrait offrir une cohérence stratégique qui actuellement fait défaut aux actions de santé publique. Ceci nous aiderait à trouver un lien, à un niveau supérieur d'intérêt commun, entre différents problèmes de santé tels que le cancer du sein, la maltraitance à enfants, la violence, les maladies cardio-vasculaires, les maladies transmises sexuellement, l'usage de drogue et les traumatismes.

LA SANTÉ :

UN SUJET DIFFICILE

Nous avons engagé les auteurs de ce numéro de *Prévenir* à réfléchir sur leur définition de la santé et sa pertinence dans leur champ disciplinaire respectif. En tant que coordinateurs de ce numéro, nous voudrions juste faire part d'une brève réflexion sur la façon dont est traité le thème choisi.

Ce qui frappe, avant tout, c'est la difficulté que la plupart des auteurs semblent avoir rencontrée à centrer leurs réflexions et analyses sur la question de la définition de la santé, en prenant du recul par rapport à leur façon habituelle d'en parler. Dans l'ensemble, on peut observer un décalage entre la demande formulée et la réponse apportée.

La raison principale de ce décalage tient, à notre sens, dans la nature même de l'entreprise. Il s'agissait de porter un regard critique sur les usages faits, et les enjeux qui en découlent, de la santé en tant que notion ou concept, tant dans le champ d'une pratique professionnelle – scientifique ou non – que dans celui d'une recherche théorique ou doctrinale portant sur l'idée même de santé. Or, cela implique de procéder à un exercice peu pratiqué et, dans une certaine mesure, périlleux.

Certes, selon la discipline à laquelle chaque auteur appartient, le décalage peut être plus au moins grand et logique. L'historien, par exemple, peut parler des différentes façons dont la santé était conçue et faisait l'objet de pratiques parti-

*Pierre AÏACH, Sociologue, Directeur de Recherche à l'INSERM
(Unité 158 - Université René Descartes) - Président de l'Association ERASME
Faculté de Médecine Necker - 156, rue de Vaugirard - 75750 Paris Cedex 15*

*Nicole VERNAZZA-LICHT, Anthropologue
associée à l'UMR "Adaptabilité humaine : biologie et culture", Faculté de Médecine,
27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille Cedex 05*

culières, sans avoir à s'interroger sur les rapports entre l'histoire et la santé en tant que notion. Nous sommes là, comme dans le cas des travaux anthropologiques, dans une perspective qui tente de rendre compte de la richesse d'une réalité sociale telle qu'elle est prise en compte et restituée par les sujets sur lesquels porte l'observation. Dans le cas des économistes, l'entreprise est plus difficile, car il leur faut tenter d'analyser le contenu de la notion de santé qu'ils utilisent (explicitement ou non) lorsqu'ils traitent des questions relatives à la santé (en particulier dans les travaux empiriques), il en découle forcément une certaine définition de la santé qui peut apparaître comme réductrice ou seulement opératoire d'un strict point de vue financier ; c'est-à-dire celui, au fond, qui intéresse les politiques au pouvoir. On peut considérer alors que cette façon de procéder se justifie à condition d'en être conscient et de dire que la santé est prise sous l'angle du calcul économique et ne prétend pas cerner d'autres aspects ou dimensions peu évaluables ou socialement peu pris en compte (la gêne, la souffrance, le plaisir ou le déplaisir par exemple).

Tout va dépendre au fond de la conception épistémologique que l'on se fait de l'économie en tant que discipline scientifique et du rapport que l'on entretient avec les différents courants qui la traversent.

Pour le sociologue, la question n'est pas celle de l'usage fait par la sociologie, dans sa pratique, de la notion de santé. On peut même dire que cela n'aurait pas de sens (ou ne devrait pas malheureusement en avoir), puisqu'il s'agit dans le cas de cette discipline d'analyser précisément les définitions trouvées dans les différents champs de pratique et de domaines du savoir – par exemple, en faisant émerger et en expliquant à propos des définitions profanes les différenciations sociales qui peuvent se manifester lorsqu'il est demandé à des sujets une définition de la santé –.

Le sociologue peut tenter de donner une définition normative de la santé ou de l'état de santé (comme a pu le faire par exemple Durkheim dans *“Les règles de la méthode sociologique”*), mais cela ne nous paraît pas relever de l'objet de cette discipline.

Dans le cas des disciplines au statut moins net et se réclamant d'une appartenance scientifique plurielle – c'est le cas de la santé publique – la réponse apportée nous semble dépendre davantage de l'engagement personnel sur une question sensible que d'une analyse propre au champ scientifique dans lequel elle se situe. Il en résulte que, le plus souvent, le discours tenu se fait sur le mode de la reconnaissance d'une définition par rapport à une autre (en particulier celle de l'O.M.S., contre celles qui viendraient du corps médical ou de la biologie) et prend une tournure souvent passionnelle.

Quoi qu'il en soit, la question de la scientificité d'une définition de la santé reste posée. Si on sait que la maladie peut se décomposer en autant de pathologies pour lesquelles des définitions savantes et profanes existent (on peut par exemple trouver une définition médicale savante des principales maladies dans les ouvrages traitant de médecine), il n'en va pas de même pour la santé qui reste une notion variant avec le temps et le contexte social et culturel du moment, notion idéologique par excellence, extrêmement sensible aux influences exercées aujourd'hui sur les individus pour les orienter vers les pratiques d'achats de services et de biens supposés avoir un effet bénéfique sur l'état de santé.

Avec ce numéro de *Prévenir*, nous avons amorcé une réflexion qui mérite, selon nous, de bien plus amples développements. Elle peut déjà se nourrir de la richesse d'un grand nombre d'analyses que l'on trouve dans les articles qui constituent ce dossier.

Dans la perspective de la prochaine conférence de l'OMS en 1997 à Jakarta, nous souhaitons que notre initiative contribue à alimenter un débat dans la communauté scientifique, tout autant que chez les acteurs du système de santé, sur une définition dont les usages restent très certainement multiples et les enjeux toujours importants à l'aube du prochain siècle.



LECTURES

François Chobeaux, *Les nomades du vide*, Actes Sud, 1996, 128 pages, 59 FF.

Sylvie Mansour, *L'enfant réfugié, quelle protection ? quelle assistance ?* Syros, 1996, 320 pages, 180 FF.

Responsable du secteur "Jeunes" des CEMEA, François Chobeaux accompagne – les lecteurs de *Prévenir* le savent – les adolescents en grande difficulté d'insertion. Ils ont entre seize et trente ans, ils sont très souvent flanqués de chiens. Vêtus, coiffés et parés avec une recherche de la provocation, ils errent, par groupes informels, du printemps à l'automne, des gares des grandes villes aux grands rassemblements juvéniles que sont les festivals de musique, de théâtre, de spectacles de rue. Ils se stabilisent à l'approche de la mauvaise saison, ils squattent. Ce sont les nomades du vide parce qu'ils glissent en permanence entre les mailles de la vie sociale. F. Chobeaux, dans ce petit ouvrage musclé qui résume quelques années de recherches-action, tente un portrait, mais surtout esquisse une méthode d'approche et de réinsertion, parce que "les structures de prévention sont mal adaptées aux jeunes en errance, qu'elles ne traitent que localement et épisodiquement".

Comment ne pas faire ici le rapprochement avec les différentes études rassemblées par Sylvie Mansour sur la protection et l'assistance des enfants réfugiés. Des millions d'enfants partis de leur village ou de leur ville, fuyant dans des circonstances dramatiques, ayant connu, quel que soit le scénario exact d'origine, un traumatisme. L'assistance à ces jeunes réfugiés existe, mais là aussi, il faut traquer les incohérences, mieux ajuster les interventions aux besoins réels de ces enfants. Comme l'écrit Sylvie Mansour, "*pas de recettes toutes faites, pas de réaction impulsive aux images de désespoir que les médias nous transmettent : de l'ajustement aux besoins réels*".

Dominique Durand

Pascal Duret, *Anthropologie de la fraternité dans les cités*, PUF, 1996.

Il s'agit d'abord, il s'agit surtout d'un livre sur les *grands frères*. Comment des jeunes accèdent-ils à ce statut, quels sont leurs rôles auprès des petits et auprès de leurs pairs, quelles sont les relations avec leurs familles et celles des autres, avec le corps social ? Et déjà les travaux et les conclusions de Pascal Duret sortent des sentiers battus et des appréciations et représentations convenues.

Ainsi, les grands frères utilisent pour partie la force pour établir et légitimer leur statut. Ainsi, il y en a des "bons", et des "bads". Ainsi, certains d'entre eux disqualifient systématiquement les travailleurs sociaux et les structures d'action sociale pour mieux développer leurs propres actions, pourtant bien peu différentes des modèles critiqués. Ainsi, des filles peuvent être grands frères. Ainsi, la recherche permanente de conciliation et de compromis qu'ils mettent en œuvre ignore ou oublie largement l'éducation au respect de la loi républicaine.

Mais il s'agit également d'un livre portant sur tous les aspects et les enjeux de la fraternité, de la sororité et des filiations dans les cités. Les stratégies des filles par rapport à leurs frères et leurs pères, les rôles des mères, les socialités sportives, autant de pratiques sociales analysées qui justifient le choix du titre. A partir d'une entrée portant sur les jeunes, c'est bien une approche globale ethnologique et anthropologique que propose l'auteur.

Les grands frères font-ils partie de l'avenir positif des cités ? Cette nouvelle forme de solidarité sera-t-elle reconnue, soutenue et accompagnée avec clarté, prudence et exigence à la fois, sans récupérations politiques et sans manipulations institutionnelles ? L'auteur conclut sur des réflexions portant sur ces nouvelles formes du civisme et de la citoyenneté, bouclant ainsi la boucle de la fraternité.

Anthropologie de la fraternité dans les cités : un ouvrage important pour les professionnels du social, pour les chercheurs et pour les politiques. Et un livre important pour les citoyens qui veulent prendre du recul et comprendre les enjeux de ces dynamiques éducatives et sociales.

François Chobeaux

Jean Benoist et Alice Desclaux (sd). *Anthropologie et Sida. Bilan et perspectives.* Editions Karthala, Paris, 1996, 380 pages, 160 F.

Journal du Sida N^{os} 86-87, juin-juillet 1996, 13, bd de Rochechouart, 75009 Paris.

Les milieux médicaux et les responsables de la santé publique perçoivent très clairement que la réceptivité à l'épidémie de sida et les conditions de son contrôle passent par des faits de comportements. Bien qu'individuels, ceux-ci sont influencés par des courants culturels ou religieux, porteurs de conduites qui freinent ou accélèrent les possibilités d'infection. Cela suscite des recherches sur des champs de la vie sociale auxquels l'anthropologie est l'une des principales voies d'accès. Bien que pandémie, le sida se propage dans des réseaux humains, dans des lieux de vie, aux aléas d'une histoire ou de valeurs, de moyens matériels et de pressions morales. A l'initiative de l'association AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé), et du Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie de l'Université d'Aix-Marseille III, un colloque s'était donc tenu, en 1994, pour faire le point des demandes adressées à l'anthropologie par l'épidémie de sida, des réponses déjà apportées et des lignes de recherches. Représentation du sida, pratiques de soins, logiques sociales, les interventions, de grande qualité, venant, pour reprendre la formule du professeur Jean Benoist, de professionnels de santé comme de cliniciens du social s'étaient pour la plupart appuyées sur du travail de terrain, notamment en Afrique. Au moment où la dernière conférence mondiale sur le sida démontre que la pandémie est à venir en Afrique et en Asie, la

lecture des actes de ce colloque est chaudement recommandée aux anthropologues, aux soignants mais aussi aux promoteurs d'actions trop souvent influencés par des modèles inopérants là où l'épidémie est appelée à se développer. Elle doit se compléter par celle du numéro spécial du *Journal du sida* sur l'Afrique qui distingue, d'une part ce qui relève de l'état des lieux et du bilan des actions et de l'autre, ce qui relève des marges de manœuvre pour endiguer l'épidémie, ou des questions stratégiques en débat.

D. D.

Autrement, "L'aventure. La passion des détours", coll. "Mutations", Editions Autrement, Paris, n° 160, janvier 1996, 210 pages.

Cette livraison de la très prolifique revue *Autrement* nous propose une intéressante analyse de l'aventure, rencontre avec l'Autre et l'Ailleurs, pratiquée de tout temps – pèlerinages, commerces – et qui connut un essor à la Renaissance, lors de l'éclatement culturel du monde – colonisations, explorations, massacres, épidémies, missions religieuses et enfin tourisme. L'aventure a rimé le plus souvent avec sordide et horreur, et plus rarement avec découverte, acceptation et compréhension de l'Autre ; d'ailleurs, l'aventure étant avant tout une mythologie occidentale impliquant une puissance économique, "l'Ailleurs a souvent été un terrain de jeu pour les Occidentaux" (p. 37). Les articles de ce numéro d'*Autrement* sont présentés en trois chapitres. Dans l'"ouverture", en un survol historique et anthropologique de l'aventure, David Le Breton (qui a dirigé l'ouvrage) propose une réflexion sur ses principaux acteurs – les découvreurs, les pirates, les trappeurs entre autres – et les productions littéraires qui en découlent, étant donné que l'aventure ne vaut parfois d'être vécue que pour le récit qu'elle génère en retour (R. Burton, T.E. Lawrence, J. Conrad, R. Kipling...). Elle constitue également le summum de la vie intense, car elle implique la peur, la fatigue, les souffrances voire l'affrontement avec la mort ; de nos jours, le marché de l'aventure, médiatisé, simulé, narcissique (J.-L. Etienne, N. Hulot par exemple) connaît un important développement, avec le tourisme notamment. La seconde partie, "Lignes de fuites", présente plusieurs textes, dont les "Histoires d'aventuriers..." de Luis Sepúlveda, écrivain chilien et grand voyageur, qui nous fait part de quelques-unes de ses rencontres avec des "aventuriers". L'article de Franck Lestringeant, historien, traite des inventaires dans les récits de voyages et plus particulièrement de la chasse au poisson volant, qui peut être une représentation allégorique de l'aventurier lui-même dans son désir de nager et de voler. Franck Michel, anthropologue, propose une réflexion sur l'attraction que l'Asie a depuis longtemps exercée sur les civilisations occidentales, attraction liée à la notion de "dépaysement", et basée sur les mythes et les réalités – grands espaces, jungle, archéologie, femme asiatique – de ce continent depuis les premières épopées du siècle dernier jusqu'à l'"aventurier-touriste" d'aujourd'hui. Carmen Bernand, ethnologue, nous fait le récit de la période aventurière d'un homme – Pigafetta –, chroniqueur de l'expédition de Magellan, alors qu'au XVI^e siècle, l'aventure – domaine des hommes – et les espaces mystérieux sont principalement les océans ; lors de ce voyage, Pigafetta fait preuve d'une curiosité plus ethnographique que géographique, notamment en Micronésie, mais éprouve également la dégradation physique et la promiscuité. La dernière partie, "Voyage intérieur", est composée de trois textes. Jean Duvingnaud, écrivain et sociologue, et Catherine Chalier, philosophe, proposent deux sujets sur l'aventurier empruntant la voie de l'intériorité, créateur de soi, qui ne

réussit à se réconcilier avec lui-même qu'à travers l'expérience, le vécu, une certaine initiation en somme. L'aventure est vue, ici, comme une part de la vie quotidienne ou comme la recherche d'une certaine sérénité à la rencontre d'une altérité parfois présente en soi-même. André Rauch, quant à lui, présente une étude sur les récits d'alpinisme, la passion de la montagne en corrélation avec l'aventure intérieure de l'alpiniste, aventurier luttant et fusionnant avec l'ascension devenue source de délectation. Finalement, l'aventure qui se trouve à portée de main ou en nous-mêmes, est peut-être moins nocive pour l'Autre que la colonisatrice, la commerciale ou la touristique.

Christine Dumond

Jean-Guy Petit et Yannick Marec (sd), *Le social dans la ville, en France et en Europe, de 1750 à 1914*, Editions de l'Atelier / Editions ouvrières, 1996, 352 pages, 140 FF.

Cet ouvrage reproduit les communications présentées lors d'un colloque international récent qui souhaitait s'interroger sur les modifications apportées par la croissance démographique et l'industrialisation dans les politiques sociales urbaines. L'évocation de leur mise en place dans des villes aussi différentes que Salamanque, Londres, Amsterdam ou Sion en Suisse, est particulièrement enrichissante, même si l'accent a été mis sur les promoteurs sociaux plus que sur les publics concernés. Les auteurs montrent facilement d'abord que la communauté citadine ne s'est affirmée que lentement – l'urbain d'ailleurs se définit difficilement – au détriment des solidarités religieuses, familiales ou de voisinage. Ils insistent ensuite sur la diversité (souvent la rivalité) des acteurs sociaux (notables, corps constitués, mutualités, congrégations religieuses, édiles municipaux) et se demandent si les politiques mises en œuvre n'ont pas privilégié tel ou tel intérêt particulier, signalant, en fait, l'absence de véritables politiques sociales, capables de prévoir les mutations et d'intégrer dans la cité les milieux populaires, fragilisés par l'industrialisation et la grande dépression du dernier quart du XIX^e siècle. De nombreuses communications insistent sur le contrôle social et les préoccupations sécuritaires qui se manifestent dans les politiques mises en œuvre : rôle moral de l'assistance. L'exemple lyonnais, longuement traité, est, à cet égard, particulièrement éclairant, qui voit le Maire de la ville s'appuyer sur le mutualisme républicain pour formaliser et normaliser homme et espace. On eut apprécié, à cet égard, qu'une ouverture vers les politiques hygiénistes qui se mettent parallèlement en place, soit faite.

On le comprend, cet ouvrage apporte un éclairage particulièrement nouveau sur la formation des systèmes de protection sociale européens.

D. D.

Michel Dreyfus et Bernard Gibaud (sd) *Mutualités de tous les pays, un passé riche d'avenir*, Paris, Mutualité française, 1995, 470 pages, 200 FF

Voici – enfin – la première histoire mondiale de la mutualité. Il ne s'agit pas, certes, d'un grand roman historique, ni d'une vaste synthèse. Tout au plus pourrait-on penser à un dictionnaire historique de la mutualité, de A, comme Allemagne, à T, comme Turquie, en passant par l'Argentine, la Chine, les Pays-Bas

ou l'Australie, 29 pays au total. Mais tout au moins sait-on maintenant que la mutualité est partout- même s'il faut regretter l'absence de pays africains ou arabes- et, comme le dit dans une remarquable conclusion, Pierre Guillaume, "dans tous ses états".

Dire les débuts de la mutualité, c'est parler, d'après les exemples qui nous sont donnés ici, de "structures de solidarité qui appartiennent à l'ère d'une économie où règne l'argent" : Une économie de marché, une économie des villes. Des structures informelles ont probablement toujours existé pour assister les gens dans leur emploi, dans leur deuil, dans leur maladie, mais elles n'avaient pas encore les caractéristiques de la mutualité, qui dépasse les frontières de la famille, du clan, du village. Qu'ici et là, en Chine par exemple, la mutualité de l'ère capitaliste s'inscrit dans une continuité multiséculaire, la preuve est faite. Qu'un pas de géant soit accompli entre la solidarité du moyen-âge et les sociétés de secours mutuels de l'ère industrielle, les exemples sont multiples. Que la mutualité soit un phénomène urbain, l'exception indienne le confirmera.

Comparer les mutualités, c'est comparer les inépuisables terrains de la solidarité organisée : la prise en charge des malades, des infirmes, des vieillards, des orphelins, l'assurance décès ou la couverture maladie, l'entraide matérielle ou la résistance à l'usure.

Mais c'est aussi évoquer la sauvegarde de l'identité de groupes ethniques minoritaires, l'éducation, le maintien de principes moraux.

Situer la mutualité dans le mouvement social, c'est étudier la complexité de ses rapports avec les partis ouvriers et les courants socialistes qui se développent en même temps qu'elle... Ici, la mutualité est la forme de résistance qui va donner naissance au syndicat, voire au parti politique. Ailleurs, tout au contraire, et notamment là où la mutualité moderne s'installe avec la colonisation, elle est le ferment de la démocratie. Michel Dreyfus, dans une des rares synthèses de l'ouvrage revient d'ailleurs sur ces liens multiples, changeants, mais parfois déterminants dans l'évolution d'un pays.

Restent enfin les rapports entre la mutualité et l'Etat. En Italie par exemple, c'est l'appui de la bourgeoisie libérale qui donne à la mutualité son "empreinte modérée", et lui permet de devenir le socle sur lequel l'Etat laïc se constitue. Mais, plus encore, c'est partout que la mutualité va être "nationalisée", comme l'expliquent les chercheurs autrichiens, l'Etat prenant modèle sur ou utilisant l'institution pour mettre en place des régimes plus larges de prévoyance. Marcel van der Linden parle de politiques passives ou actives de l'Etat à l'égard de la mutualité, de reniement ou d'intégration. A la fin du siècle, une page de l'histoire mutualiste se tourne. Ses problèmes avec la sécurité sociale commencent.

On ne trouvera pas, dans "Mutualités de tous les pays", de développements sur l'histoire récente du mouvement mutualiste et sur ses rapports avec les systèmes de protection sociale et de santé. La période contemporaine s'arrête, pour les historiens, à 1945, et l'on peut regretter que cette page-là ait été abandonnée.

D. D.

Anne-Marie Guillemard, Jane Lewis, Stein Ringen, Robert Salais, (sd) Comparer les systèmes de Protection Sociale en Europe,

Volume I Rencontres d'Oxford, France-Grande Bretagne, MIRE-Service de l'Information et de la Communication du Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie, 1996, 622 pages.

B. Valat, Résistance et Sécurité sociale, 1941-1944, Revue Historique, n° 592, octobre-décembre 1994, Presses universitaires de France, 155 francs

Une vingtaine de chercheurs britanniques et français, spécialistes des politiques sociales, ont contribué à ce premier ouvrage du programme européen "comparer les systèmes de protection sociale en Europe" de la Mission de Recherche et expérimentation (MIRE) de l'ex Ministère des Affaires sociales. Dans son ensemble, ce rapprochement de travaux d'origines disciplinaires et thématiques différentes dresse un tableau relativement étoffé (mais bien évidemment incomplet) des institutions, des problèmes et des analyses de la protection sociale en France et en Grande-Bretagne. Des thèmes d'actualité comme la santé, les retraites, les politiques familiales ou les aides contre le chômage sont étudiés de façon comparative. Mais cet ouvrage apporte également quelques éclairages historiques particulièrement novateurs sur la constitution et l'évolution des politiques sociales en France. Après l'ouvrage de Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, qui montre comment la protection sociale s'est étendue avec la progression du salariat, d'autres chercheurs de renom s'interrogent ici sur l'origine des droits sociaux en France (Walter Korpi), sur l'influence du rapport Beveridge dans l'élaboration du plan français de Sécurité sociale, en 1945 (Nicole Kerschen) et, enfin, sur la naissance d'une identité mutualiste entre 1850 et 1914 (Bernard Gibaud).

D'autres et nouvelles informations sur les origines de l'institution de la Sécurité sociale en France font l'objet d'un article, dans le numéro 592 de la "Revue historique", résumé, par l'auteur, de son travail sur *Résistance et Sécurité sociale*. Bruno Valat est parti à la recherche des réflexions qu'ont pu mener sur la protection sociale, pendant la seconde guerre mondiale, des personnalités ou des organisations engagées dans la Résistance. A Londres, tout d'abord, autour du Général de Gaulle. A Alger ensuite, quand s'installe l'Assemblée nationale consultative. En France occupée enfin, où des convergences d'analyses aboutissent à la proposition, par le Conseil National de la Résistance d'instaurer, dans la France libérée, "un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail". On retiendra, aussi bien de la contribution de N. Kerschen que de l'article de B. Valat, que l'idée de construire une protection sociale universelle était dans l'air du temps, puisque Roosevelt et Churchill avaient, en août 1941, adopté une charte commune envisageant "la collaboration la plus complète entre toutes les nations dans le domaine économique en vue de procurer à tous de meilleurs conditions de travail, le progrès économique et la sécurité sociale".

D. D.

Marie-Georges Fayn, Humaniser les soins, Edition ESF, mai 1995.

L'éditeur présente l'ouvrage à travers la notion "d'écologie de la santé" dans le sens où l'épanouissement de l'individu dépend de la qualité de son environne-

ment : entourage familial et social et cadre de vie matériel. Ce qui apparaît plus marquant à la lecture de cet ouvrage, c'est la passion mesurée et communicative que met l'auteur à recentrer la démarche de soins autour de la personnalité du malade, de ses angoisses, ses besoins, ses demandes.

L'expérience de l'auteur (chargée de communication dans le domaine sanitaire et social) lui permet d'illustrer concrètement, à travers de nombreux exemples, ses analyses sur les relations complexes du patient avec le système sanitaire, les problèmes humains et les obstacles sociaux auxquels se heurtent les personnes frappées par la maladie ou l'accident.

L'auteur fait également l'apologie du soutien de proximité, parce qu'elle est convaincue que l'efficacité du système sanitaire et social est en grande partie liée à la capacité de la collectivité à adopter une logique d'intégration. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour appréhender le malade comme un citoyen à part entière, selon des critères plus dynamiques d'autonomie, de cogestion des soins et de respect de son droit à l'autodétermination...

Soignants, médecins, responsables d'établissements, acteurs sociaux et plus généralement toutes les personnes soucieuses d'adoucir l'assistance des sujets en état de souffrance et de dépendance, trouveront dans cet ouvrage les fondements de nouveaux modes de prise en charge et de soutiens médico-sociaux.

Roland Walger

S. Aymé, J.-C. Henrard, A. Colvez, J. F. Ravaud, O. Sabouraud, A. Triomphe, Hébergement et réadaptation sociale, Editions INSERM, 1996.

La marginalité, la pauvreté, les populations hors travail, autant de situations qui pourraient prétendre à disparaître de notre société moderne, mais qui reviennent avec force au moment où, succédant aux périodes de croissance des années 1960, l'installation de la "crise" des années 1970 amène un effritement de la société salariale. Ainsi, l'aide sociale à l'hébergement, A.S.H. qui existait déjà sous un autre vocable au Moyen-Age : "Prise en charge de la pauvreté marginale", s'ouvre depuis la loi de 1974 sur de nouveaux publics et des prestations plurielles.

En s'appuyant sur le vécu de l'A.S.H., ce document veut faire l'analyse de cette structure créée pour aider les plus démunis et qui trouve aujourd'hui sa limite dans une société qui multiplie des actions d'aide sociales différentes. Les textes regroupés ici évoquent successivement l'action menée depuis des années ; les difficultés que rencontrent les travailleurs sociaux de cette branche pour sortir d'une certaine marginalité par rapport aux autres travailleurs sociaux ; les problèmes de financement qui existent et qui sont tributaires de l'intérêt porté aux populations concernées ; les populations elles-mêmes, où les 35 ans sont majoritaires avec cependant un noyau persistant de plus de 50 ans.

A travers tous les intervenants, la grande question qui est posée est celle de la place nouvelle que doit occuper l'A.S.H. au sein de la société de demain.

Cet ouvrage, rédigé sous la direction d'Elie Alfandari, est à la fois un outil de réflexion et d'étude pour les professionnels, et pour le profane, la découverte d'un champ social marginal mais porteur d'espoir.

Nicole Delfino

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et Béatrice Blondel, *La Santé des Femmes*, Éditions Flammarion, Collection Médecine-Sciences, 385 pages, 1996.

C'est un ouvrage exhaustif et actuel sur ce problème crucial de santé publique. Les auteurs abordent, développent et réunissent toutes les connaissances épidémiologiques disponibles actuellement sur la santé des femmes, et ce aux différents âges de la vie et pour divers problèmes de santé.

L'évolution et la condition des femmes dans la société française ont connu ces dernières années une avancée sans précédent et notamment depuis les années 1970. Les auteurs ont fort bien, dans les chapitres généraux, su mettre en exergue ses évolutions mais aussi faire un examen détaillé des différences de santé entre hommes et femmes en nuancant certaines "évidences" comme la consommation médicale des femmes, en s'appuyant sur des études plus précises.

Après les sujets d'ordre général (la morbidité, la mortalité), ce sont les problèmes liés à l'âge avancé, en passant par la grossesse ou l'infertilité, la ménopause. Les différentes conditions pathologiques observées chez les femmes sont très bien traitées, telles que les maladies cardiaques, respiratoires, cancers, sida ainsi que les maladies mentales.

L'ouvrage consacre également une partie au mode de vie des femmes : environnement social, activité professionnelle, consommation de tabac, d'alcool et de drogues diverses. Le milieu social jouant un rôle prépondérant sur la santé, la conduite à observer.

Si toutes les études font apparaître une espérance de vie plus longue pour les femmes par rapport aux hommes, ces dernières ne sont pas épargnées pour autant des pathologies. Globalement, il se dessine une meilleure santé pour les femmes. Tout semble indiquer que cette meilleure santé puise son origine à la fois dans les différences biologiques qui leur seraient favorables, mais aussi dans des différences de comportement qui conduisent la femme à moins s'exposer aux facteurs de risque responsables d'une grande part de la mortalité précoce, à adopter des comportements plus actifs en matière de prévention et à recourir plus volontiers au système de soins.

Cet ouvrage original, didactique et pratique illustre clairement les différences de santé entre les femmes et les hommes ; résultat de l'interaction des déterminants biologiques et des influences sociales et culturelles. Un livre complet, facile à lire, à connaître absolument sur un sujet aussi vaste que celui de la santé des femmes.

Colette Ellena

Michel Bauer, Thierry Fossier, *Les Tutelles*, Editions ESF, Collection "Actions Sociales", 368 pages, 178 F., Paris 1996. Nouvelle édition, revue et mise à jour.

Augmentée d'une préface de Jean Hauser, cette nouvelle édition guide le lecteur à travers le domaine complexe, *a priori* mal connu, des "tutelles". L'intérêt du sujet est pourtant d'actualité, la mutation de notre société révèle plus que jamais la nécessité de protéger, défendre, insérer les plus démunis. Le vieillissement de la population, les accidents de la route, l'attrait pour la consommation... ne feront qu'accroître le recours aux régimes de protection (régimes classiques, tutelle aux prestations sociales). Au travers d'une analyse des lois de

1964-1966-1968, les auteurs conjuguent leur maîtrise de la question, chacun en des champs complémentaires (compétences mises à profit dans plusieurs publications) pour se livrer à une étude juridique et pratique, mais aussi à une approche de la philosophie sociale. Après avoir retracé l'évolution historique de chacune des mesures, sans en négliger l'aspect économique et sociologique, ils détaillent de façon pragmatique le fonctionnement, la mise en œuvre de ces dispositifs (en décrivant clairement l'organisation et le rôle des différents protagonistes) et dégagent des propositions d'avenir.

Destiné à un vaste public, cet ouvrage de référence présente les qualités d'un manuel (un index en facilite l'utilisation ponctuelle et pratique). Il répond très certainement aux interrogations et à l'attente des professionnels (praticiens du droit, médecins, travailleurs sociaux) mais aussi des familles, des bénévoles, des associations.

Jean-Marc Murati

Jean-Pierre Boyer, Adalberto Barreto, *L'indien qui est en moi. Itinéraire d'un psychiatre brésilien*, Editions Descartes et Cie, Collection "Les passeurs de frontières", 187 pages, 100 F, 1996.

Avoir accès à la pensée scientifique européenne dans ses aspects y compris les plus avancés et pour autant ne pas perdre ou nier ses origines et rester au service de son peuple... Tel est le défi auquel se trouvent confrontés beaucoup d'intellectuels latino-américains. Cette question, à l'évidence, guide les choix d'Adalberto Barreto, psychiatre brésilien. Son ami grenoblois, Jean-Pierre Boyer, nous livre un récit romanesque de l'itinéraire d'Adalberto, son livre est une trêve qui relie l'histoire d'un homme, d'une famille, d'un peuple et notamment d'une favela, univers de pauvreté et de difficultés. Quant à la famille d'Adalberto, il est explicitement mis en évidence comment la relation à autrui ou à un groupe de personnes, nos croyances, notre passé, nos liens intra-familiaux jouent un rôle fondamental et déterminent, en grande partie, notre perception de la réalité.

Psychiatre, Adalberto eut à plusieurs reprises la tentation de devenir prêtre et c'est tout un vécu de la foi qui est évoqué sans esquiver le problème du rapport à l'institution qu'est l'Église et de l'incarnation de cette foi.

L'ouvrage nous entraîne au cœur d'un vaste projet de santé mentale communautaire, original et novateur et qui associe psychiatres, psychologues, médecins, prêtres et guérisseurs et bien sûr la communauté elle-même. Homme d'action, Adalberto associe des connaissances ancestrales au savoir moderne... Pari ? Un long chapitre nous donne à voir ce que peut être très concrètement une thérapie communautaire... Chaque favelado en souffrance peut trouver en lui-même mais avec les autres le chemin de sa propre guérison, souvent sa souffrance n'est pas que la sienne propre et c'est toute la communauté qui se transforme et avance sur un problème collectif. Trois symboles résumant cet itinéraire de "passeur de frontières" entre le monde occidental et le monde traditionnel : l'arbre vert du Sertao, la toile d'araignée et le noyau de l'amande.

L'arbre de Sertao, c'est celui qui résiste à la sécheresse grâce à la profondeur de ses racines. N'est-ce pas au plus profond de soi-même que l'on trouve les ressources de la vie ?

La toile nourrit l'araignée et lui permet de se déplacer. "L'araignée sans la toile, c'est comme l'indien sans la terre, une communauté sans solidarité". Cette toile d'araignée est devenue le symbole vivant des liens de solidarité dans la favela.

Quant au noyau d'amande, pour germer en terre, il doit accepter de voir pourrir la coque dure qui protège son cœur, et alors cette partie centrale peut révéler son potentiel créatif. Ainsi, Adalberto Barreto, en vivant dans le monde de la favela, a pu laisser pourrir sa carapace de préjugés, de fausses vérités, pour révéler toutes ses qualités de thérapeute au service des plus pauvres.

Écrit à deux voix, cet ouvrage est le fruit d'un dialogue, le reflet d'une relation dynamique. Les auteurs concluent que toute rencontre authentique peut générer une transformation si l'on en prend le temps et le risque. Le contact avec cet ouvrage peut offrir au lecteur cette opportunité, s'il le désire, d'autant que beaucoup de gaieté en émane.

Mathilde Poirson

LA RÉDACTION A REÇU

OUVRAGES

• Gérard Neyrand, *Sur les pas de la maison verte, des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents*" Syros, 1995, 334 pages, 150 francs.

Françoise Dolto avait fondé, à la fin des années 1970, un lieu d'accueil qui ne relève ni de l'école ou de la crèche, ni du travail social, pour que des parents et leurs enfants puissent, anonymement, le temps d'un passage, venir s'exprimer, se détendre, échanger autour de l'enfant, point central du dispositif. Trente structures de ce type sont ouvertes aujourd'hui et c'est à leur fonctionnement et au regard que portent sur elles les personnes qui les fréquentent que Gérard Neyrand consacre son enquête. Enquête car, comme il l'explique, certaines équipes des Maisons vertes – elles peuvent porter un autre nom – n'ont pas souhaité répondre et d'autres ont tenu à critiquer le travail du sociologue. Qu'en est-il, aujourd'hui, de leur filiation à la psychanalyse ? Dans quel contexte institutionnel évoluent-elles ? D'où viennent leur succès ou leurs difficultés ? L'enquêteur Neyrand a mené son travail avec patience. Il montre les contradictions auxquelles aboutit ce qui reste une expérience.

• Michel Bass, *Promouvoir la santé*, L'Harmattan, 1994, 306 pages,

Confrontation ambitieuse du théorique et du pratique dans cet ouvrage qui veut démontrer les atouts de la santé communautaire, c'est-à-dire ceux découlant d'une implication des populations dans la définition de leur santé et la satisfaction des besoins qui en découlent. Mais le docteur Bass veut tout dire, de la genèse du système de santé à l'analyse de l'efficacité du système de soins, de la pédagogie adaptée à la participation, aux principes méthodologiques d'une recherche-action et donc trop rapidement, ce qui nuit à la compréhension générale. On aurait mieux apprécié une construction partant des différents exemples évoqués et passant au théorique, démontrant ce que pourrait être une nouvelle pratique de santé, véritable but de l'auteur, malheureusement effacé par sa propension à l'exhaustivité.

• Bernard Kouchner, *La dictature médicale*, Laffont, 1996, 202 pages, 99 FF

Il dit lui-même qu'en choisissant ce titre, il a voulu choquer et provoquer au débat. Qu'il est temps que le système médical français se tourne vers la santé plus que vers la maladie. Que

la prévention, l'éducation, la formation, c'est d'abord l'affaire du corps médical. Que pour le malade comme pour le médecin, il vaut mieux être conventionné par une sécurité sociale renouvée que contractuel d'une compagnie d'assurance. Que le plan Juppé est une anti-méthode. Discours de candidat ? Mais pour quoi ou pour qui ?

- Didier Le Gall et Claude Martin (sd) *Familles et politiques sociales, dix questions sur le lien familial contemporain*, L'Harmattan, 1996, 272 pages, 140 FF

Finie la famille nucléaire des "trente glorieuses", terminées les fonctions traditionnelles de l'institution familiale. Cette affirmation mérite d'être nuancée. Les nouveaux comportements familiaux montrent plutôt que la famille résiste mais qu'elle se recompose et que son rôle se transforme.

- Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie, *Chiffres repères : la protection sociale dans les pays de l'Union européenne*. La Documentation française, 116 pages, 50 FF

Les pays de l'Union européenne ont consacré en 1992, en moyenne, 27,1 % de leur richesse nationale à la protection sociale. Plus pour les Pays-Bas (33 %), beaucoup moins pour le Portugal (17,6 %). La France se situe juste au-dessus de cette moyenne, avec 27,7 %. Les technocrates européens entendent par protection sociale un ensemble de fonctions liées à la maladie, à l'invalidité/infirmité, aux accidents du travail et maladies professionnelles, à la vieillesse, à la survie, c'est-à-dire la continuation d'une prestation pour le survivant, à la maternité et la famille, à la formation, au chômage, au logement et aux aides en faveur des indigents.

On comprend qu'il soit difficile d'établir des comparaisons rigoureuses sur

chacun de ces points entre chaque pays de l'Union. C'est pourtant à cet exercice difficile que vient de se livrer une équipe du Sesi.

Pour chacun des douze Etats membres concernés par cette étude, ont été regroupés les chiffres et données essentiels et indiquées les principales tendances. Une seconde partie de l'ouvrage s'essaie à de courtes synthèses concernant les dépenses de protection sociale et leur financement, les dépenses de santé et les prestations vieillesse.

- Commission européenne, Direction générale de l'Emploi, des Relations industrielles et des Affaires sociales, *La Protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne*, Office des publications officielles des communautés européennes, Luxembourg, 632 pages, 23 Ecus.

Le MISSOC, système d'information communautaire sur la protection sociale, réalise chaque année une publication, dont l'objectif est d'informer sur l'organisation et la situation des régimes de protection sociale des Etats membres de l'Union. Réunies par thème (financement, soins de santé, maladie-prestations en espèces, maternité, invalidité, vieillesse, survivants, accidents du travail et maladies professionnelles, prestations familiales, chômage, garantie de ressources, protection sociale des indépendants), les indications permettent une comparaison relativement aisée, facilitée par un dictionnaire des mots clés, entre les quinze Pays membres de l'Union. Cette présentation est précédée d'une analyse de l'évolution observée et d'un récapitulatif des mesures les plus importantes prises par les Etats membres l'année précédente, sur la base des rapports nationaux réalisées sous la propre responsabilité des Etats. L'Edition 1996 comporte, pour la première fois, un chapitre sur

la protection sociale des agriculteurs, artisans et commerçants.

Rappelons, d'autre part, que la même Direction de la Commission européenne vient de publier son deuxième *Livre vert sur la protection sociale en Europe*, rapport de réflexion devant éclairer les choix et les actions des États membres (même éditeur).

- Dépenses de santé, démographie médicale, activité des médecins, taux de mortalité... Le CREDES vient de renouveler ses logiciels Eco-Santé France, Eco-santé régional et Eco-Santé OCDE. Ceux-ci permettent d'accéder à de multiples séries statistiques décrivant le fonctionnement des systèmes de santé français et étrangers. La version 96 d'Eco-Santé France contient 1 million de chiffres réunis sur une seule base. Ces statistiques décrivent non seulement le système de santé français, mais aussi le contexte démographique, social et économique pour la période 1970-1995. Le logiciel Eco-Santé régional permet de comparer et de consulter les principales données sanitaires et sociales des 95 départements et 22 régions administratives, tout en offrant la possibilité de créer son propre groupement de départements. Enfin le logiciel Eco-Santé OCDE reprend les statistiques sanitaires et sociales des 26 pays membres de l'OCDE.

Ces logiciels sont disponibles en nombreuses versions. 1200 francs par logiciels. CREDES, 1 rue Paul Cézanne, 75008 Paris.

- Annick Le Pape et Thérèse Lecomte, *Les aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-1981 / 1991-1992*. Biblio n° 1128, CREDES 1996.

Une prévalence de la dépression chez les femmes, divorcées ou veuves, vivant seules, inactives pour cause de chômage ou raison de santé, et suivies médicalement dans la majorité des cas. Accompagné généralement d'une polypathologie, le coût du traitement d'un dépressif est trois fois plus élevé que celui d'un non dépressif. La comparaison à dix ans fait ressortir l'importance accrue de la prise en charge ambulatoire.

- Nadine Raffy-Pihan, *Consommation de soins et traitements à l'hôpital*, biblio n° 1119, CREDES, 1996.

Poursuivant l'analyse des données issues de l'enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992, ce rapport présente les soins et traitements consommés un jour moyen à l'hôpital et donne une estimation de leur valeur, en francs. Par soins et traitements il faut entendre les actes de rééducation et de réadaptation, de psychothérapie et autres traitements psychiatriques, des consultations de diététiciens et des traitements pour appareils ou systèmes particuliers, tels que monitoring et assistance, actes de réanimation etc. En 1992, l'hôpital a produit, un jour moyen, plus de 208 000 actes de soins et de traitements, à raison de 45 actes pour 100 hospitalisés. 8 actes sur 10 ont été des actes de rééducation ou de réadaptation.

PUBLICATIONS FRANÇAISES

- Inclure ou exclure ? C'est par cette question que le numéro 44 de *Pratiques*, la revue du Syndicat de la médecine générale, aborde le problème des difficultés de l'accès aux soins.

Noëlle Lasne, responsable de la Mission France à Médecins sans frontières, fait un bilan, incisif, en ouverture de ce numéro, des mouvements contradictoires qui s'affrontent

depuis dix ans du côté des institutions, des responsables politiques, des organisations humanitaires et des acteurs de soins eux-mêmes. Elle recense ensuite les dernières dispositions réglementaires concernant l'assurance sociale et l'aide médicale. Nombreux témoignages, dans la suite de ce copieux dossier très inspiré des réflexions de l'association Médecins du Monde, de médecins confrontés aux exclus qui ne sont pas tous des SDF, mais souvent des jeunes, des personnes âgées, des toxicos, des étrangers en situation irrégulière.

Le numéro 43 de *Pratiques* était consacré à la toxicomanie et au contrôle social

Pratiques, 52 rue Galliéni, 92240 Malakoff.

• Numéro spécial du *Bulletin de l'Ordre des médecins* (juin 1996) à l'occasion des jeux olympiques, sur Santé et sport. "Le corps du sportif mérite autant de respect que celui du malade, écrit dans son éditorial le Président de l'Ordre, Bernard Glorion. Mais la recherche de l'exploit, au mépris du respect de l'individu, n'est pas humainement acceptable. C'est donc bien un devoir pour tout médecin d'encourager et de favoriser une pratique sportive saine, naturelle, épanouissante, mais c'est un devoir, aussi, de lutter contre des pratiques contraires à l'éthique sportive et à l'éthique médicale".

Ordre des Médecins, 180 bd Haussmann, 75389 Paris cedex 08.

• Après avoir fait peau neuve, la revue *Santé publique* innove à nouveau en consacrant un dossier à ce que l'on convient d'appeler aujourd'hui la santé environnementale, sujet auquel *Prévenir* consacrera prochainement, à son tour, un numéro plus exhaustif. Les auteurs sont ingénieurs du Génie sanitaire et exercent des missions de

contrôle administratif et technique des règles d'hygiène publique, mais aussi, comme le rappelle, dans sa contribution, J.-L. Potelon, des actions de prévention, d'évaluation et de coordination mises en oeuvre avec le souci d'une vision globale de protection de la Santé publique. Pourquoi ne pas avoir inclus dans ce dossier l'étude sur "les relations habitat-santé" qui figure dans ce même numéro, alors que la loi de 1902 sur l'hygiène publique, qui fait l'objet d'une bonne analyse, prévoyait expressément les mesures sanitaires relatives aux immeubles ? Dans ce même numéro, mais hors dossier, signalons également une contribution de Didier Fassin sur les "réseaux de prise en charge du sida dans le dispositif sanitaire français". Cet article réactualise la contribution que D. Fassin avait faite dans le numéro de *Prévenir* consacré aux réseaux, article qui a fait l'objet d'un dialogue critique entre l'auteur et Martine Büngener dans la revue *Transcriptase*.

Santé publique, mars 1996, numéro 1/96, SFSP, 2, avenue du Doyen J. Parisot, BP 7, 54501 Vandœuvre-les-Nancy, 102 pages, 150 francs.

• Dans son numéro 337 de février 1996, la revue *Economie et Humanisme* fait dossier d'une journée d'étude organisée à l'institut polytechnique de Lyon sur "Éthique et emploi". Titre choisi par la revue pour cette présentation : "Solidarité et efficacité : Une éthique pour les acteurs de l'entreprise." "Une éthique intemporelle ne mord pas sur les problèmes réels, écrivent, dans une courte introduction les responsables de la revue. C'est à partir d'une analyse des données actuelles que peuvent se définir les responsabilités des entreprises, ainsi que celles des divers acteurs de la vie économique, à titre plus personnel." On signalera l'heureuse bibliographie critique dressée par

Hugues Puel à cette occasion. Elle rappelle que le thème – pour ne pas dire le conflit – est récurrent au libéralisme économique.

Economie et Humanisme, 14, rue Antoine-Dumont, 69372 Lyon cedex 08. Le numéro 65 francs.

- La revue trimestrielle du Haut comité de la santé publique, *Actualité et dossier en santé publique* consacre le dossier de son numéro 15 (juin 1996) à la santé mentale. Dans ce même numéro, le point sur tabac et tabagisme en France en 1996 – la consommation diminue mais “si la France est exempte pour l’interdiction de la promotion du tabac, les moyens consacrés à l’éducation et à l’information sont indigents” – et un aperçu de la situation française dans le traitement de la douleur. On trouvera également une présentation de la recherche menée par Fernando Bertolotto et Marc Schoene sur le rôle des municipalités dans la prise en compte de la santé, sujet du prochain numéro de *Prévenir*.

Haut-Comité de la Santé Publique, 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves. La revue est envoyée gratuitement et ses articles sont libres de reproduction sous réserve de mention d’origine.

- “Les jeunes et l’alcool”, “les soignants malades du stress”, “L’avenir du grand âge”, les dossiers de *la Santé de l’Homme*, ici des numéros 320, 321 et 322 de la revue du Comité français d’éducation pour la santé, constituent toujours des bases documentaires et de réflexions de grande qualité. Le dossier sur l’alcool, plus important que le suivant puisqu’il fait l’objet de la totalité du numéro, comporte, après les traditionnelles statistiques de consommation et un fort intéressant aperçu historique sur les manières de faire passer la prévention depuis un siècle, de nombreux exemples d’initiatives,

ainsi qu’un catalogue des principaux supports de communication sur la prévention. Notons que la Coopérative de la Vie mutualiste a, de son côté, publié un mini-guide de prévention sur l’alcool, dans sa collection *Viva plus*.

La santé de l’Homme, CFES, 2, rue Auguste-Comte, 92170 Vanves.

- Le mensuel *L’Impatient* a publié en juin 1996, dans sa série “Hors série... qui dérange” un Guide des vaccinations qui rappelle fort opportunément, au moment où certaines maladies qui semblaient en voie d’éradication manifestent une vigueur nouvelle, les vaccinations obligatoires et celles qui sont possibles. La seconde partie du numéro, plus polémique, parle des effets secondaires parfois observés, évoque le rôle des laboratoires pharmaceutiques et met en doute le résultat des campagnes massives de vaccinations, en France comme dans les pays en voie de développement.

L’Impatient, 9 rue Saulnier, 75009 Paris.

- Tous ceux qui connaissent *Avis de recherches* ne seront pas étonnés que cette revue marxiste dynamique consacre son numéro 41 de juin 96 au “Mouvement social de fin 1995” : chronologie, reportages, réflexions de sociologues engagés sur le mouvement, témoignages, impressions, travail à chaud. Un numéro passionnant pour la distanciation immédiate des acteurs du mouvement avec le mouvement. On le comprend, il ne s’agit pas d’une anthologie, mais d’une pièce dont la conservation prendra tout son sens au fil des années.

Avis de Recherches, IRM-Sud, 25 rue St-Bazile, 13001 Marseille, 91 08 32 63.

PUBLICATIONS ETRANGERES

• *Revue belge de Sécurité sociale*, éditée par le Ministère de la Prévoyance Sociale

Le public français connaît les travaux menés par le SESI, service statistique du Ministère des Affaires sociales, et la publication régulière, par l'INSEE, de "Données sociales". Au niveau européen, Eurostat recueille chaque année des données par Etat membre de l'Union. L'OCDE fait de même pour les pays développés. Si l'on excepte les travaux menés, dans les années 1970 sous la direction du Professeur Loccufier et le fichier des données Tisser-sys établi dans le cadre de l'étude "ampleur de la Sécurité sociale" effectuée par l'Unité d'enseignement et de recherches scientifiques de la sécurité sociale de l'Université catholique du Brabant, le Royaume de Belgique ne dispose pas encore d'une présentation d'ensemble de ses comptes sociaux. Dans son numéro du deuxième trimestre 1996, la *Revue belge de Sécurité sociale* publie une volumineuse étude, conduite par des chercheurs de l'Université de Gand tendant à proposer un système qui "ferait toute la lumière sur la politique sociale de l'ensemble des autorités belges". Au-delà de l'aspect méthodologique, une vision exhaustive des comptes sociaux belges (année 1992) est ainsi, pour la première fois, proposée. Signalons que les auteurs utilisent-ils s'en expliquent- une définition du social proche de celle exposée par Guy Caire dans son ouvrage sur les politiques sociales, et prenant en compte les dépenses d'enseignement.

Renseignements : Rue de la Vierge Noire, 3C, 1000 Bruxelles, Belgique.

• La *Revue internationale de sécurité sociale* publie dans son volume 49, 2/96 un compte rendu de la 25^e assemblée générale de l'Association internationale de sécurité sociale, organisation universelle fondée en 1927 et qui regroupe les institutions officielles chargées de la gestion de la protection sociale obligatoire dans 130 pays.

Le sommaire de ce numéro, fidèle aux travaux de l'assemblée, est en lui-même déjà révélateur des tendances mondiales actuelles. La longue partie consacrée à "l'analyse des développements récents" comporte neuf chapitres dont le premier a pour titre et sujet : "Réductions généralisées des prestations".

Rares sont en effet les pays qui peuvent présenter une évolution positive globale de leur protection sociale. En Europe, et d'une façon plus générale dans tous les pays industrialisés, la situation est considérée comme critique. Les rapporteurs soulignent que "les gouvernements occidentaux doivent aujourd'hui ni plus ni moins que lutter pour le maintien de l'intégrité de leurs régimes de sécurité sociale". Partout, comme le relève pour sa part le secrétaire général de l'AISS, prédomine le souci de préserver et de consolider autant que possible les prestations existantes et non de faire face aux nouveaux besoins sociaux.

Dans les pays en transition, la mise en place d'un premier niveau de protection sociale paraît achevée sur la base d'une assurance sociale minimum, complétée d'échelons facultatifs, et d'un appel à l'assistance, souvent dépendante d'organisations caritatives internationales. "Un tel système, écrivent les rapporteurs, ne correspond pas à la très forte aspiration de l'opinion publique à des régimes susceptibles

de remédier immédiatement aux carences en matière de prestations et de services qui résultent de l'effondrement du système socialiste de protection sociale".

Quant aux pays en développement, les programmes d'ajustement structurel lancés au début des années quatre-vingts "tardent à produire des résultats sociaux".

"Partout dans le monde, écrit dans son rapport le secrétaire général de l'AISS, les responsables de la sécurité sociale sont aujourd'hui convaincus de l'incontournable nécessité des réformes. Il n'est plus possible, explique-t-il, d'assurer l'avenir de l'institution en se bornant à relever, une fois encore, les cotisations ou à revoir les prestations. La politique et les structures de la sécurité sociale appellent des réformes."

N'hésitant pas à parler de "crise de légitimité" pour la sécurité sociale, le secrétaire général de l'AISS reformule la critique mondiale autour de quatre thèmes : tout d'abord l'impact présumé des charges sociales sur l'emploi, puis le rôle du public et du privé dans la couverture des risques sociaux.

Troisième raison : le mode de financement des différentes branches. Enfin, le débat sur assurance, assistance ou redistribution.

Dans sa conclusion, le secrétaire général de l'Association souhaite que la politique de sécurité sociale ne soit pas déterminée par les ministères des Finances et qu'elle s'adapte aux conditions et besoins modernes. Cela ne se fera pas sans l'appui de tous les citoyens, a-t-il ajouté.

• *Lien social et politique-RIAC* ouvre, à son tour, le débat sur l'exclusion dans son numéro 34, avec le but, clairement affiché par Jean-Noël Chopart et Shirley Roy, réalisateurs de cette livraison, de "rendre plus difficile l'usage du terme d'exclusion, trop facilement manié par les uns et par les autres". Appel aux spécialistes (Castel, Autès etc.), problématiques classiques (saliariat, l'individu, l'Etat), excellentes bibliographies franco-américaines.

La revue est diffusée en France par les éditions de l'ENSP, avenue du Professeur-Léon-Bernard, 35043 Rennes cedex.

FORMATIONS, COLLOQUES, SEMINAIRES

• DEA de sociologie : "Modes de vie et politiques sociales", organisé par l'Université Paris VIII et l'Université d'Evry. Principales thématiques : la genèse des politiques publiques et des politiques sociales ; les pratiques culturelles et les formes de la sociabilité liées à une action publique ; les formes concrètes d'exercice de ces politiques ; l'économie politique des stratégies mises en œuvre ; enjeux de pouvoir et dimensions culturelles.

Inscriptions avant le 5 octobre 1996. Renseignements : département de Sociologie, Université Paris VIII, 2,

rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis Cedex 02, Tél. 49 40 68 18.

• L'Université Formation Continue, "Ateliers et chantiers de Nantes", organise un certain nombre de formations diplômantes du domaine santé et sciences sociales. En particulier : DU en Education pour la santé ; DU en Soins palliatifs ; DU en Hygiène et épidémiologie infectieuse ; DU en gérontologie sociale.

Renseignements : Université Formation Continue, 2 bis, bd Léon-Bureau, 44200 Nantes, tél. 51 25 07 25.

- L'Association Santé et communication propose son catalogue de formations 1997. Formations regroupées autour de l'éducation (prévention, évaluation, accompagnement), la communication (partenariat, développement social...) et l'illettrisme.

Santé et communication,
153, rue de Charonne 75011, Paris,
tél. (01) 43 56 25 15.

- L'Institut supérieur de l'Alimentation propose dès à présent ses formations 1997, dont un grand nombre sont tournées vers l'hygiène et la diététique. On notera notamment des journées d'actualité sur la diététique des pathologies hépato-gastro-intestinales (28-30 avril 1997), d'autres sur alimentation et sida (15 et 16 mai 1997), ou alimentation des personnes présentant une pathologie rénale (27-28 novembre 1997). Les formations plus socio-culturelles continuent de figurer au catalogue.

ISA, 16, rue de l'Estrapade, 75005
PARIS, tel. (01) 43 25 11 85.

- L'Inserm organise, les 3 et 4 octobre 1996 un colloque européen sur "Mesure de l'état de santé et de la qualité de vie".

Renseignements : A. Leplège, Inserm
U 292, Hôpital de Bicêtre, Secteur
bleu Pierre Marie, 82, rue du Général
Leclerc 94276 Le Kremlin-Bicêtre
cedex, tel. 49 59 19 78.

- L'Association internationale de la Mutualité organise à Dublin, Irlande, les 3 et 4 octobre 1996, une conférence internationale sur la Maîtrise des dépenses de santé. Objectifs : trouver un terrain d'entente entre les mutualités, les assureurs, les professionnels de santé, les Gouvernements et les patients.

AIM, 2 rue de Hesse, Genève, Suisse.

- L'intercommission 6 de l'Inserm organise du 21 au 23 octobre 1996 à La Londe-des-Maures, dans le Var, un colloque consacré aux liens entre contextes sociaux et santé. Une première partie portera sur les approches de santé à partir des groupes sociaux ou de conditions de vie différenciées. Une seconde partie évaluera l'influence de déterminants sociaux à partir d'études de quelques pathologies. Une troisième partie posera le problème de la construction de modèle de relation contextes sociaux-santé. Une dernière partie aura pour objectif de dégager des directions de recherches.

Organisation : Marie Laure Olive,
Inserm ADR2 PACA, BP 172, 13276
Marseille cedex 9, tél. 91 82 75 06.

- Le 36^e Congrès national des centres de santé, qui se tient les 24 et 25 octobre 1996 à la Faculté de Médecine Xavier Bichat, à Paris, consacra une part importante de ses travaux aux réseaux et filières de soins et à l'éducation pour la santé.

Inscription à l'Union syndicale des
médecins de centres de santé, 23, rue
de Saint-Petersbourg, 75008 PARIS,
tél. (01) 44 85 60 44.

- La troisième conférence internationale sur les technologies d'information en matière d'éducation et de formation à la santé et à la sécurité sur le lieu de travail a lieu à Bruxelles du 13 au 15 novembre 1996.

Renseignements ANPAT/NVVA, rue
Gachard 88, boîte 4, B-50 Bruxelles.
Tél. (32-2) 648 03 37.

- L'Institut de l'Humanitaire organise les 15 et 16 novembre 1996, une conférence internationale sur "Santé, précarité et vulnérabilité en Europe".

Secrétariat de la Conférence, Institut de l'humanitaire, 27, rue de Chaligny 75012 Paris, tél. (01) 44 92 15 50.

- La Société d'Anthropologie de Paris organise ses journées annuelles à Marseille (Faculté de médecine de La Timone) les 22 et 23 novembre 1996. Thème ô combien d'actualité : Les épidémies d'y hier et d'aujourd'hui, aspects anthropologiques.

Renseignements : Daniel Bley, UPR 221, Pavillon de Lenfant, 346, route des Alpes, 13100 Aix-en-Provence, tél. 42 21 60 85 ou Olivier Dutour, tél. 91 83 45 42.

- Dans le cadre du salon des professionnels européens de la personne âgée, qui se tient à Lille, les 28, 29 et 30 novembre, se déroulent des Rencontres européennes pour le bien-être et l'autonomie de la personne âgée. La première journée est consacrée à l'évaluation multidimensionnelle de la personne âgée dépendante, la seconde aux politiques européennes pour l'aide à l'autonomie, la troisième à des interventions plus techniques concernant certaines pathologies de la personne âgée.

Renseignements au (01) 48 86 48 68.

- Le centre pluridisciplinaire de gérontologie (Université Pierre Mendès-France, Grenoble) publie le catalogue de ses diverses formations diplômantes ou spécifiques pour l'année 1997. Il organise, par ailleurs, des journées à thème sur la politique de la vieillesse. Le 29 novembre 1996 : "La France a-t-elle une politique de la vieillesse ?" Le 7 février 1997 : "Quel avenir pour les retraites ?".

C.P.D.G., 5, rue de la Liberté, 38000 Grenoble. Tél. (04) 76 63 32 00.

- Le Comité d'Etude et de liaison des associations à vocation agricole et

rurale, accompagné d'autres associations rurales, organise à Nîmes, les 20 et 21 novembre 1996, un colloque sur "les services au cœur du développement rural".

Renseignements auprès du CELAVAR, 13/15, rue des Petites-Ecuries, 75010 Paris.

- La Société française de Santé publique organise à Metz, les 9, 10 et 11 décembre 1996, un colloque "Science et décision en santé environnementale : les enjeux de l'évaluation et de la gestion des risques". Ce séminaire vise à faire le point sur la façon dont les normes en matière d'environnement sont actuellement élaborées en France et à faire des propositions pour améliorer les situations actuelles. Plus largement, il s'agit de faire en sorte que la problématique d'évaluation et de gestion des risques serve de référence dans la prise de décision en matière de risques environnementaux. Conférence introductive de Dalton Paxman, Président de la Risk Assessment policy Association.

Inscriptions et renseignement à la SFSP, BP 7, 54501 Vandœuvre cedex, tél. 83 44 87 47.

- La 37^e Journée annuelle de nutrition et de diététique se tiendra le 17 janvier 1997 au CNIT-Paris La Défense. Deux thèmes : nutrition et fertilité ; de la physiopathologie à la gastronomie.

Renseignements : Secrétariat de la Journée annuelle de nutrition et de diététique, 30, rue de Lübeck, 75116 Paris, tél. 45 53 41 69.

- L'AMADES, à qui l'on doit le colloque "Anthropologie et Sida", organise en janvier 1997, à Aix-en-Provence, des rencontres sur "l'anthropologie du médicament", en prélude à un colloque international qui aura lieu, sur ce thème, en novembre 1997.

Une première approche des sujets abordés dans ce colloque est parue dans le bulletin n° 25 de l'association.

Renseignements au secrétariat de l'AMADES, 36 avenue des Cottages, 31400 Toulouse.

- La Fédération hospitalière de France organise, dans le cadre des troisièmes assises nationales du secteur social et médico-social des personnes âgées, les 3, 4 et 5 février 1997, à Paris, une session de formation ayant pour thème la gérontologie innovante, performante et humaine : aménagement et organisation des espaces de vie et de soins, projet de soins infirmiers, matériels et restauration, informatique, gestion de la qualité, citoyenneté et dignité de la personne âgée.

Renseignements : FHF, 33 avenue d'Italie, 75013 Paris, tel. 44 06 84 44.

- L'Association des épidémiologistes de langue française organise son 22^e congrès, les 2, 3 et 4 avril 1997 au Corum de Montpellier. Bien que tous les thèmes de l'épidémiologie puissent être abordés, une attention particulière sera accordée au rôle que

l'épidémiologie peut jouer vis-à-vis des politiques de santé : choix des stratégies de santé, choix des stratégies de protection sociale. La soumission des communications, qui font l'objet d'une présentation orale ou de poster, doit se faire avant la fin septembre auprès de l'organisateur délégué.

Société internationale de congrès et services, 10, rue Charles-Amans, 34000 Montpellier, tél. 67 58 59 03.

- Forum se tenant tous les deux ou trois ans, SYSTED, acronyme de Science des systèmes dans le domaine des services socio-sanitaires pour les personnes âgées et handicapées, se tiendra du 21 au 24 mai 1997 à Chicago. Médecine, service social, sciences infirmières, réadaptation, mais aussi planification urbaine, architecture, économie, ingénierie des systèmes, l'éventail des sujets abordés est large.

Documents d'inscription auprès de Carolyn M. Sands, Conférences and Institutes, 302 E John Street, suite 202, Champaign, IL 61820 Etats-Unis. Tél. 217 333 28 83.

ERRATUM

Nous avons publié, dans le numéro 28 de *Prévenir Inégalités, santé, exclusion*, une contribution de Pierre Surault intitulée "Logique économique et inégalité de santé". Dans ce texte, le titre du dernier paragraphe (page 78) doit être lu "La logique économique et les politiques de santé".

Achévé d'imprimer le 12 septembre 1996 sur les presses de l'imprimerie A. Robert
116, bd de la Pomme - 13011 Marseille

Dépôt légal : 1^{er} semestre 1996

DISPONIBLES

N° 3 : Exercice médical et santé	40 F	N° 17 : Le cancer vol. 2	110 F
N° 4 : Action mutualiste, santé et société	50 F	N° 18 : Mouvement ouvrier et santé : une comparaison internationale, vol. 1	130 F
N° 5 : Sécurité sociale et santé	50 F	N° 19 : Mouvement ouvrier et santé : une comparaison internationale, vol. 2	130 F
N° 6 : Habitat, cadre de vie et santé	50 F	N° 20 : Travail et santé mentale	130 F
N° 7 : Les immigrés dans leur champ social et de santé	50 F	Hors série : Alternative santé : atout et perspectives	100 F
N° 8 : La fatigue : vécus, enjeux, analyses	60 F	N° 22 : L'Ethique, l'Homme, la Santé	130 F
N° 9 : Le premier congrès national des sociétés de secours mutuels (Lyon, 1883 - 1983)	60 F	N° 23 : Adolescence : Identités, Santé, Société	130 F
N° 10 : Le jeune enfant : risques et prévention	60 F	N° 24 : Risques, Environnement, Santé	130 F
N° 11 : Les mots et les maux	70 F	N° 25 : Sida et Société	130 F
N° 12 : La santé dans le tiers-monde	70 F	N° 26 : Pratiques alimentaires et Santé	150 F
N° 13 : Les systèmes d'information	70 F	N° 27 : Les Réseaux de Santé	130 F
N° 14 : Les alternatives à l'hospitalisation (photocopies : 100 F)		N° 28 : Inégalités, Santé, Exclusions	130 F
N° 15 : Vieillissements (photocopies : 100 F)		N° 29 : Sécurité, Insécurité Sociale	130 F
N° 16 : Le cancer vol. 1	110 F		

A PARAÎTRE (1996-1997)

N° 31 - 1996 : **Ville et Santé**

N° 32 - 1997 : **Qualité de vie - Santé, environnement, écologie**

N° 33 - 1997 : **Santé mentale et Société**

Qu'est-ce que la santé et pourquoi la définir ?

Est-elle silence des organes, absence de maladie, équilibre des humeurs, osmose avec le milieu, ensemble de sécurités dans le présent et d'assurances dans l'avenir, bien-être ?

Cinquante ans après que le besoin d'une définition a été ressenti et concrétisé, en juillet 1946, par une poignée de médecins et un aréopage d'hommes politiques, Prévenir tente d'observer les besoins et les usages de la définition la plus connue, celle de l'Organisation mondiale de la Santé, et d'en cerner, à l'aube du XXI^e siècle, les enjeux : enjeux publics et privés, économiques et sociaux, médicaux et humanitaires, dans les pays développés comme dans ceux en développement.

Premier choix de ce numéro, celui d'une confrontation pugnace avec le texte de l'OMS. La définition de l'Organisation mondiale de la Santé, largement amendée, il est vrai, au fil des années, n'est-elle pas une définition trop globale, trop idéaliste, inaccessible et sans rapport avec la vie de la plupart des individus ? N'est-elle pas une définition statique, qui ne donne pas l'idée d'un processus ? N'est-elle pas une définition pour les nantis de la fraternité des hommes ?

Seconde piste explorée, la mesure de la santé. La définition est-elle "opérante" scientifiquement, et donc discussion sur le normal et le pathologique. L'est-elle économiquement et donc que sont les dépenses de santé ? Peut-on d'ailleurs construire une définition de la santé en toute rigueur méthodologique ?

Mais définir la santé n'a d'intérêt que si on tente de l'améliorer. Si l'on sait aujourd'hui que le système de soins participe de façon minoritaire à cette amélioration – le système de protection sociale y contribue davantage, comme les numéros précédents de Prévenir se sont attachés à le démontrer – le patrimoine génétique, les premières années de vie, l'environnement socio-économique, le lien social, en un mot les déterminants sociétaux, sont maintenant reconnus comme éminemment responsables des trajectoires de santé. La santé de l'individu est à ce titre une affaire publique et met en jeu "l'harmonie de la société". Il nous faut donc parler de politiques de santé.

Quoi de plus normal après tout. Le besoin de santé est de moins en moins éprouvé comme un manque, une absence, quelque chose de négatif, mais comme un besoin positif. La nature même des activités imposées par la vie sociale exige de chacun une diversité de plus en plus élaborée d'aptitudes physiques, intellectuelles, morales, sociales, aptitudes qui dessinent une définition de la santé faisant appel à l'individu comme au collectif.

Juste retour final à la définition de l'OMS : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

Avec les contributions de Pierre Aïach, Pierre Arwidson, Bernard Cassou, Pierre Cantrelle, Bernard Glorion, Yannick Jaffré, Ilona Kickbusch, Antoine Lazarus, Jonathan Mann, Bernard Marrot, Mohamed Mebtoul, Georges Menahem, Andrée et Arié Mizrahi, Jean-Paul Moatti, Anne-Marie Moulin, Hernando Salcedo, Claude Suffit, Jean Tichet, Annie Thébaud-Mony, Nicole Vernazza-Licht, Georges Vigarello, Mara Viveros, Sergio Yactayo.